

Д-Р Я.А.ЛЕЙБОВИЧ

# СУДЕБНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

ЮРИДИЧЕСКОЕ  
ИЗДАТЕЛЬСТВО  
НКЮ У.С.С.Р.



Д-р Я. ЛЕЙБОВИЧ

ГЛАВНЫЙ СУДЕБНО - МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ ПРИ НКЗ РСФСР

# СУДЕБНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ЮРИСТОВ



---

ЮРИДИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
НАРКОМУСТА УССР  
ХАРЬКОВ—1928



[618:340,6]

СВЯТОСЛАВ  
ПРАВОСЛАВІ

„ХАРКІВ-ДРУК“  
ДЕРЖДРУКАРНЯ  
Пушкинська вул., № 31

Укрголовліт № 3161  
Зам. № 943, тир. 3000





# ОГЛАВЛЕНИЕ

## Часть I ЖЕНЩИНА

	Стр.
Предисловие . . . . .	5
I. Половая зрелость . . . . .	9
А. Элементы пола . . . . .	10
а) Половые органы . . . . .	11
б) Менструация и овуляция . . . . .	22
Б. Вторичные половые признаки . . . . .	27
В. Третичные . . . . .	29
Г. Половое влечение . . . . .	33
Д. Преждевременная половая зрелость . . . . .	40
Е. Поздняя половая зрелость . . . . .	42
II. Девственность и растление . . . . .	44
А. Совокупление в юридическом смысле . . . . .	48
Б. Признаки бывшего совокупления . . . . .	49
В. Признаки девственности . . . . .	49
Г. Расхождение экспертизы . . . . .	60
Д. Особенности изнасилования детей . . . . .	61
Е. Изменения и разрывы половых органов, сопутствующ. сово- куплению . . . . .	63
Ж. Доказательство извержения семени . . . . .	66
III. Изнасилование . . . . .	69
А. Противозаконное совокупление . . . . .	69
а) Следы насилия . . . . .	72
б) Психическое насилие . . . . .	72
в) Состояние физической беспомощности . . . . .	73
г) Иллюзии и галлюцинации изнасилования . . . . .	77
д) Изнасилование во время естеств. сна . . . . .	77
е) . . . . . душевно - больных . . . . .	79
ж) . . . . . несколькими лицами . . . . .	80
Б. Телесные повреждения и смерть при изнасиловании . . . . .	81
В. Жертвы изнасилования и суб'екты преступления . . . . .	83
а) Самоубийство изнасилованных . . . . .	84
б) Последствия изнасилования . . . . .	86
в) Судьба изнасилованных . . . . .	92
IV. Гетеросексуальные половые аномалии . . . . .	94
А. Половые извращения . . . . .	94
1. Протиеестеств. эквивал. полов. акта . . . . .	94
а) Онанизм . . . . .	94
б) Пикацизм . . . . .	96



	Стр.
2. Половой символизм . . . . .	97
Б. Расстройства полового чувства . . . . .	98
а) Нимфомания . . . . .	98
б) Эротомания . . . . .	99
в) Сатириазис . . . . .	100
г) Половая парадоксия . . . . .	101
д) Развращенные дети . . . . .	101
е) Ложный донос . . . . .	102
В. Половые отклонения (парэстезии) . . . . .	104
а) Садизм . . . . .	104
б) Мазохизм . . . . .	105
V. Гомосексуализм . . . . .	106
А. Развитие гомосексуализма . . . . .	106
Б. Причины гомосексуализма . . . . .	110
В. Трансвеститизм . . . . .	113
Г. Криминальное значение аномалий половых отклонений . . . . .	113
VI. Гермафродитизм . . . . .	116
Формы гермафродитизма . . . . .	118
VII. Беременность, роды и послеродовой период . . . . .	133
А. Физиология генерационного периода . . . . .	133
1. Беременность . . . . .	133
а) Изменения во время беременности . . . . .	135
б) Развитие плода . . . . .	140
в) Продолжительность беременности . . . . .	142
г) Диагностика беременности . . . . .	146
д) Вопросы, возникающие при исследовании беременности . . . . .	153
е) Вторичное зачатие . . . . .	155
ж) Несознание и сокрытие беременности . . . . .	156
з) Беременность „девственниц“ . . . . .	159
и) Ложная беременность . . . . .	160
к) Симуляция беременности . . . . .	161
2. Роды и послеродовой период . . . . .	161
а) Могильные роды . . . . .	163
б) Признаки недавних родов . . . . .	164
в) Признаки давних родов . . . . .	166
г) Микроскоп. доказательство бывш. родов . . . . .	168
Б. Патология генерационного периода . . . . .	171
1. Внематочная беременность . . . . .	171
2. Разрыв матки . . . . .	175
3. Инфекция . . . . .	183
а) По кровеносным путям . . . . .	187
б) По лимфатическим путям . . . . .	189
в) По трубам . . . . .	191
4. Внезапная смерть . . . . .	193
а) Истечение кровью . . . . .	193
б) Болезни сердца . . . . .	197
в) Эмболия . . . . .	199
г) Тромбо-эмболия легких . . . . .	201

5. Н  
6. З  
VIII. АБ  
А. П  
Б. И  
В. С  
Г. У  
1. В  
2. М

Д. П

Е. Ди  
Г  
ж  
з  
и

IX. Нес  
А. См  
Б. Тр  
В. Оп  
Г. Вл  
а)  
б)

X. Дето  
А. Но  
Б. Ж



	Стр.
д) Эмболия мозга . . . . .	203
е) Жировая эмболия . . . . .	204
ж) Геморрагия . . . . .	204
з) Эклампсия . . . . .	204
и) Сепсис . . . . .	206
к) Менингит . . . . .	206
л) Шок . . . . .	207
м) Зобно - лимфатич. состояние . . . . .	207
5. Нервно - психические расстройства . . . . .	208
6. Законодательство, касающееся судебной экспертизы . . . . .	210
VIII. А б о р т . . . . .	215
А. Причины аборта . . . . .	216
Б. Искусственный выкидыш . . . . .	221
В. Статистика аборт . . . . .	224
Г. Умышленный выкидыш . . . . .	229
1. Внутренние плодогонные средства . . . . .	229
2. Механические способы плодизгнания . . . . .	232
„Прокол“ и буж . . . . .	236
Д. Последствия аборта . . . . .	241
а) Отравления . . . . .	241
б) Кровотечения . . . . .	241
в) Прободения . . . . .	242
1. Внебрюшинные прободения матки . . . . .	242
2. Внутрибрюшинные прободения матки . . . . .	244
3. Внутрибрюшинные прободения с осложнениями . . . . .	248
4. Редкие случаи повреждений . . . . .	252
г) Инфекция . . . . .	254
Инфекция плодного яйца . . . . .	259
д) Воздушная эмболия легких и мозга . . . . .	260
е) Шок . . . . .	260
Е. Диагностика аборта . . . . .	261
Продукты выделения . . . . .	263
ж) Симуляция . . . . .	265
з) Казуистика . . . . .	265
и) Законодательство . . . . .	268
IX. Несчастные случаи . . . . .	275
А. Смещения . . . . .	275
Б. Травмы и воспаления . . . . .	279
В. Опухоли внутренн. полов. орг. . . . .	280
Г. Влияние травмы на производ. деятельность . . . . .	280
а) Трудные роды . . . . .	280
б) Преждевременные роды и аборт . . . . .	271

## Часть II

## МЛАДЕНЕЦ

Х. Детоубийство . . . . .	285
А. Новорожденность . . . . .	288
Б. Живоспособность . . . . .	290



	Стр.
В. Живорожденность . . . . .	281
а) Правила вскрытия . . . . .	291
б) Как долго новорожд. жил . . . . .	296
Г. Причины смерти ребенка . . . . .	298
а) Смерть ребенка до родов . . . . .	298
б)     "     "     во время родов . . . . .	301
в)     "     "     после родов . . . . .	306
г) Рентгеновские лучи . . . . .	307
д) Стремительные роды . . . . .	308
Д. Умышленное детоубийство . . . . .	312
а) Травматические повреждения . . . . .	313
б) Задушение . . . . .	314
в) Отравления . . . . .	317
XI. Экспертиза установления отцовства . . . . .	319
1. Словесный портрет . . . . .	321
2. Дактилоскопия . . . . .	322
3. Реакция гемоагглюцинации . . . . .	327
4. Половая способность . . . . .	332
а) Неспособность к совокупл. у мужчин . . . . .	333
б) Неспособность к оплодотворению . . . . .	337
в) Неспособность к совокуплению у женщин . . . . .	340
г) Неспособность к зачатию . . . . .	341
Алфавитный указатель . . . . .	344



ПОСВЯЩАЕТСЯ

Государственному Институту  
по изучению преступности и пре-  
ступника при НКВД РСФСР



ГОСБРИТАТО

ГОСБРИТАТО

ГОСБРИТАТО

ГОСБРИТАТО



## ПРЕДИСЛОВИЕ

К разрешению вопросов, связанных с половой жизнью и генерационным периодом женщины, в судебной практике обращаются ежегодно в десятках тысячах случаев.

Специальные и многочисленные методы исследования, обилие различных вопросов, огромная литература и проч., и проч. давно уже способствовали выделению из судебной медицины отдельной самостоятельной отрасли судебной гинекологии, или судебного акушерства.

В иностранных университетах давно читаются отдельные курсы судебной гинекологии, привлекающие многочисленную аудиторию.

На Западе имеются отличные руководства Фрича, Кокеля, Габерды и др.

У нас ровно 50 лет тому назад был также издан учебник судебной гинекологии д-ра Мержеевского, давно ставший библиографической редкостью и, к сожалению, более не переизданный.

В течение полувека было написано много ценных трудов по отдельным вопросам судебной гинекологии, но общего труда больше не вышло.

Выпуская в свет настоящую книгу — результат 3-хлетней работы, я считаю нужным сделать ряд оговорок:

1) Желание быть понятым юристами и работниками дознания объясняет некоторый диссонанс: с одной стороны, стремление углубиться в какой-нибудь вопрос, дать широкие литературные ссылки, с другой — необходимость кратких сведений по анатомии, физиологии и пр.

2) Я старался использовать мой личный 17-летний акушерско-гинекологический и судебно-медицинский опыт, но в то же время и опыт и материал моих товарищей и привел ряд любезно предоставленных мне случаев.

3) Обилие материала по некоторым вопросам не могло не пойти в ущерб систематичности.



4) Некоторых вопросов я коснулся впервые в судебной медицине, полагая, что они не лишены значения, напр., смазывания.

Книга вышла значительно об'емистее, чем предполагалась. Об'ясняется это не только обилием материала, но, главным образом, высказанными мне пожеланиями со стороны многих провинциальных медиков и юристов осветить те или иные вопросы, которых я не намерен был вовсе касаться, напр., состояния экспертизы отцовства, несчастных случаев, об'ектов изнасилования и пр., и пр.

Благодарю всех товарищей, оказывавших мне содействие, а также Юридическое Издательство Наркомюста УССР, взявшее на себя значительные расходы по изданию. От благожелательных критиков и т.т. читателей жду с благодарностью указаний на погрешности и недостатки.

*Автор*

Октябрь 1927 г.



ЧАСТЬ I

# ЖЕНЩИНА



С  
И  
Е  
С  
Р  
Л  
П  
Н  
В  
ТО  
С  
Д  
УС  
Ж  
М  
В  
КА  
И  
ПО  
ПО

ЛЯ  
ВЕ  
И Р  
И И  
НА  
ЛО



## I. ПОЛОВАЯ ЗРЕЛОСТЬ

А. Элементы пола. Половые органы. Наружные половые органы. Девственная плева. Внутренние половые органы. Созревание половых органов. Менструация и овуляция. Б. Вторичные половые признаки. В. Третичные половые признаки. Г. Половое влечение. Д. Преждевременная половая зрелость. Е. Поздняя половая зрелость.

Всем известно, с какой определенностью и твердостью стоит наше уголовное и гражданское законодательство на защите интересов ребенка, в частности, на защите его половой неприкосновенности. Целым рядом статей Уголовного Кодекса совершенно тождественной редакции в Украине и РСФСР предусматриваются покушения на нее. Известно также, что и западно-европейское, и наше дореволюционное законодательства охраняли и охраняют детей от половых покушений на них. Но в то время, как иностранные законодательства указывают точно возраст, при котором разрешаются половые сношения с женщиной (обычно в 14 лет), наше законодательство обходит возраст вполне справедливым молчанием. И в самом деле, установленный на Западе и в русском дореволюционном Уложении о наказаниях возраст в 14 лет не предусматривает многих случаев развращения детей, ибо очень многие девушки в этом возрасте еще дети. Если на юге, например, среди кавказских народностей, в 14 лет встречаются уже жены и матери, то 14-летние жительницы средней и северной полосы нашей республики являются еще зачастую юными подростками.

Признавая, что половое созревание народностей населяющих огромную территорию нашего Союза, представляет весьма существенное различие, что, кроме климатических и расовых особенностей, существуют еще социально-бытовые и индивидуальные условия, влияющие на развитие ребенка, наше законодательство считает более правильным биологическое определение половой зрелости,



не стесняясь, что в каждом отдельном случае покушения потребуется биологическая, т. - е. медицинская экспертиза. Так, ст. 162 УК УССР предусматривает за половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, сопряженное с растлением или с удовлетворением половой страсти в извращенных формах или с изнасилованием, — лишение свободы на срок до восьми лет. Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, совершенное без указанных отягчающих признаков, — лишение свободы на срок до трех лет<sup>1</sup>.

На основании этой статьи в каждом отдельном случае приходится путем медицинского исследования определить, достигло ли потерпевшее лицо, подвергшееся половому насилию или понуждению, половой зрелости — требование, как мы увидим, не всегда легко выполнимое.

Прежде всего условимся понимать под половой зрелостью такое состояние, когда женщина по своему физическому развитию способна к совершению полового акта (совокупления) и производству потомства, т. е. к зачатию, родам и кормлению младенца. Это обусловливается известным развитием всего организма девушки, в частности, — развитием полового аппарата.

#### А. ЭЛЕМЕНТЫ ПОЛА

Пол человека определяется четырьмя главными элементами:

Половыми органами; из них определяющими пол являются половые железы: яички у мужчины и яичники у женщины.

Вторичными половыми признаками.

Третичными половыми признаками и психологическими особенностями характера и

Половым влечением.

<sup>1</sup> Соответствующая ст. 151 УК РСФСР гласит: „Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, сопряженное с растлением или удовлетворением половой страсти в извращенных формах, — лишение свободы на срок до восьми лет.

Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, совершенное без указанных отягчающих признаков, — лишение свободы на срок до трех лет“.



Для нормальной половой зрелости необходимо наличие всех четырех компонентов.

Остановимся сначала в кратких чертах на первом компоненте — на анатомии и физиологии женских половых органов. Чтобы позже не повторяться, восстановим в памяти важнейшие общие сведения, необходимые нам в дальнейшей работе. Некоторые специальные указания будут даны в соответствующих главах.

#### а) Половые органы

Женские половые органы предназначены для оплодотворения женщины, развития и рождения внутриутробного младенца. Различают наружные и внутренние половые органы.

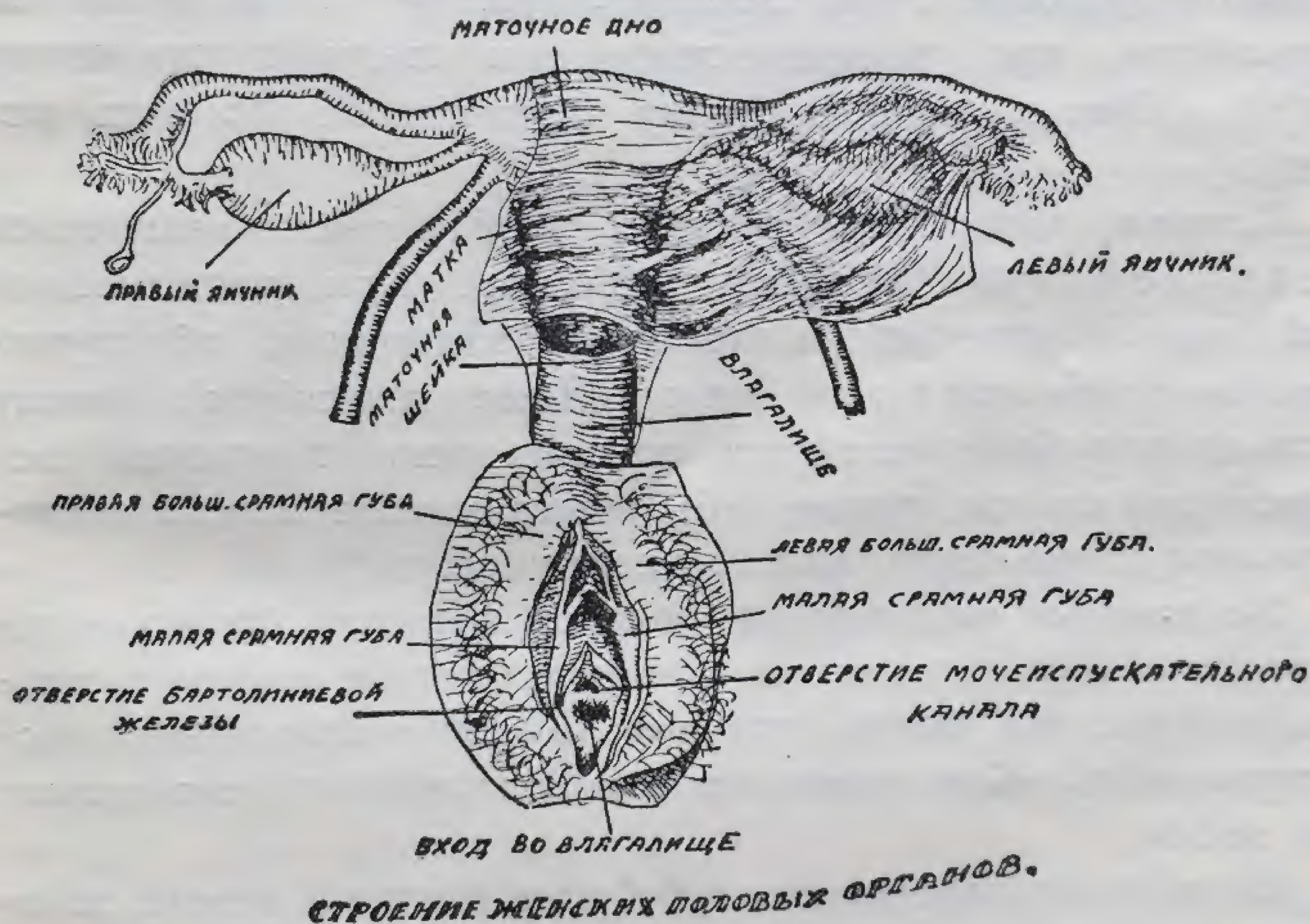


Рис. 1

К наружным половым органам относятся большие и малые половые губы, клитор и Венерин бугорок. К внутренним половым органам — влагалище, матка, маточные трубы и яичники. На границе между наружными и внутренними половыми органами находится девственная плева, отверстие которой является входом во влагалище.

Наружные половые органы (вульва) представляют собою половую щель (rima pudendi), ведущую во влагалище. Две параллельные складки кожи с подкожной жировой клетчаткой



и более глубокой мясистой оболочкой, прикрывающие половую щель, называются большими половыми губами (*labia pudenda majora*). Кверху губы незаметно переходят на так называемый лобок или Венерин бугорок (*mons Veneris*) — небольшое возвышение впереди от лонного сочленения, богатое жировой клетчаткой и несколько более пигментированное, чем остальные покровы тела. Под лобком большие губы соединяются по средней линии, образуя толстый валик, как бы продолжение Венерина бугорка — так называемую переднюю спайку губ (*commissura labiorum anterior*).

Книзу (если женщина лежит, а кзади — если она стоит) большие половые губы становятся уже и позади входа во влагалище, над промежностью, они соединяются между собой, образуя заднюю спайку (*commissura labiorum posterior*).

Кожная поперечная складка этой спайки называется уздечкой губ (*frenulum labiorum*). При растягивании губ, между уздечкой и входом во влагалище, обнаруживается ладьевидная ямка (*fossa navicularis*). Между большими губами находится половая щель, в которой расположены клитор, малые губы, влагалищные железы и девственная плева со входом во влагалище.

Ко времени наступления половой зрелости большие половые губы увеличиваются, становятся богаче жиром и сальными железами, более упругими и плотно прикрывают половую щель. Они покрываются волосами, переходящими на лобок.

Внутренняя поверхность губ более гладка и нежна, розового цвета, влажна от присутствия слизистых железок и напоминает скорее слизистую оболочку, чем кожу.

Кнутри от больших находятся правая и левая малые половые губы, или нимфы (*labia pudenda minora*). Они нежнее и тоньше больших губ, без волосного покрова, влажны и представляют листовидные складки кожи, напоминающей слизистую оболочку. Они тянутся сверху вниз от кожного покрова клитора (называемого также крайней плотью клитора) внутри и параллельно большим половым губам, которыми они (у девиц) прикрыты. У многих женщин вследствие большей длины они выступают из-за верхних

кра  
Зна  
вал  
нар  
нен  
ред  
I  
жен  
тел  
(bull  
Н  
нием  
собн  
чию  
caver  
межд  
ковы  
чатко  
кли  
крайн  
clitori  
Кл  
жен  
коих  
цевых  
жение  
разме  
мужск  
Пр  
пред  
ограни  
или г  
шими  
1 Та  
2 По  
течение  
и даже с  
прохожд  
новском  
женщин  
кадки и



краев больших половых губ в виде петушиного гребешка. Значительная длина их многими прежде ложно приписывалась онанизму и чрезмерной страстности. У некоторых народов Африки (бушменок и готтентоток) они весьма удлинены, прикрывают половую щель и опускаются в виде „передничка“<sup>1</sup>.

В подкожной клетчатке каждой малой губы расположены густые венозные сплетения, на подобие пещеристых тел у мужчины, носящие название луковиц преддверия (*bulbi vestibuli*).

Над малыми губами находится клитор, своим строением напоминающий крохотный мужской половой член, способный, подобно последнему, напрягаться, благодаря наличию в нем двух (левого и правого) пещеристых тел (*corpora cavernosa clitoridis*). Пещеристые тела посредине сращены между собою, а по бокам расходятся и прикрепляются к лобковым костям. Пещеристые тела покрыты подкожной клетчаткой и кожей, образующей складку — крайнюю плоть клитора (*praeputium clitoridis*). Обойдя головку клитора, крайняя плоть сзади образует уздечку клитора (*frenulum clitoridis*), а внизу переходит в малые половые губы<sup>2</sup>.

Клитор, подобно мужскому члену, кроме сосудов, снабжен многочисленными чувствующими нервами, окончания коих в виде так называемых осязательных телец и концевых колб, в случае раздражения, приводят его в напряжение. Клитор у некоторых женщин достигает большого размера, а у гермафродитов часто напоминает по величине мужской член малого размера.

Пространство кнутри от малых половых губ называется преддверием влагалища (*vestibulum vaginae*); оно ограничено со стороны влагалища девственной плевой, или гименом (*hymen*), сверху клитором, с боков — большими и малыми губами, снизу — уздечкой и часто является

<sup>1</sup> Так и называются „готтентотским передничком“.

<sup>2</sup> Поранения пещеристых тел клитора дают очень обильное кровотечение, способное довести женщину до состояния острого малокровия и даже смерти. Такие кровотечения встречаются преимущественно во время прохождения головки младенца, иногда и вне беременности. Д-ру Семёновскому, по его любезному сообщению, два раза пришлось вскрывать женщин, умерших от подобной причины. Одна из них упала на край кадки и поранилась.



местом неполного полового совокупления, когда мужской половой член по тем или иным причинам не проникает через девственную плеву во влагалище.

Девственная плева представляет у девственниц нежную складку слизистой оболочки с небольшим круглым, овальным или другой формы отверстием, ведущим во влагалище. От полового совокупления края девственной плевы разрываются в одном или нескольких местах, и отверстие растягивается. Разрыв девственной плевы и рубцы от них служат важнейшим доказательством совершенного совокупления, а потому имеют важное значение в судебной медицине.

Во время родов женщины отверстие влагалища значительно расширяется и от девственной плевы остаются ничтожные остатки, так наз. миртовидные сосочки (*carunculae myrtiformes*).

Под клитором, между ним и верхним краем девственной плевы, находится отверстие мочеиспускательного канала, ведущего в мочевой пузырь. Длина канала 3—5 сантиметров.

В толще больших половых губ с каждой стороны заложено по одной гроздевидного строения Бартолиниевой железе. Проток их открывается на внутренней поверхности больших губ, приблизительно по середине. Выделения Бартолиниевых желез увлажняют половую щель и преддверие влагалища. Бартолиниевы железы являются частым местом гоноррейной инфекции.

Между мочеиспускательным каналом и мочевым пузырем спереди и прямой кишкой сзади находится влагалище (*vagina*), эластический канал, у нерожавшей приблизительно в 3 пальца ширины, у рожавшей значительно шире; в направлении спереди назад он воронкообразно расширяется и заканчивается слепым концом. Длина его приблизительно 10 сантиметров. В заднем слепом конце находится шейка матки.

Стенка влагалища, подобно другим полостным органам, состоит из трех слоев: 1) слизистой оболочки, выстилающей изнутри полость влагалища. Слизистая оболочка образует поперечные складки, в сторону матки они ниже и реже. От прохождения головки младенца при родах складки в значительной степени сглаживаются. Слизистая оболочка покрыта многослойным плоским эпителием, подобно коже,



но отличается от последней отсутствием ороговевшего слоя (эпидермиса); 2) среднего мышечного слоя, состоящего из пучков гладко-мышечных волокон, расположенных продольно и поперечно. Мышечный слой является продолжением мышц матки; 3) наружной оболочки, расположенной в толще ткани, представляющей собою рыхлую соединительную клетчатку с богатым содержанием кровеносных сосудов, особенно вен. Она соединяет влагалище с окружающими органами: спереди с мочеиспускательным каналом и, далее, с мочевым пузырем (клетчатка здесь более плотная), сзади — с прямой кишкой.

Матка (uterus) — плотный мускулистый орган формы и величины небольшой груши, обращенной узким концом (шейкой) в сторону влагалища, с которым он плотно соединен. Глухой конец влагалища с опущенной в него шейкой делится на так наз. своды (передний, задний и боковые своды).

Средняя часть матки называется телом (corpus), а верхний широкий край между прикреплениями обеих маточных труб — дном матки (fundus). Нижняя часть шейки (collum, или cervix) называется влагалищной частью матки (portio vaginalis uteri).

Средние размеры матки нерожавшей женщины, достигшей полового развития:  $6\frac{1}{2}$  см. длины,  $3\frac{1}{2}$  см. ширины (наибольшая ширина у дна) и  $2\frac{1}{2}$  см. толщины (спереди назад). У рожавшей матка несколько массивнее.

У девочек матка меньшего размера, причем шейка отличается относительной длиной, а тело коротко. Такого рода детскую (недоразвитую, инфантильную) матку иногда находят у бездетных женщин и считают ее причиной бесплодия.

На нижнем конце влагалищной части находится отверстие — наружный зев (os externum), ведущий в шеечный канал и выше в треугольную полость матки. В последней

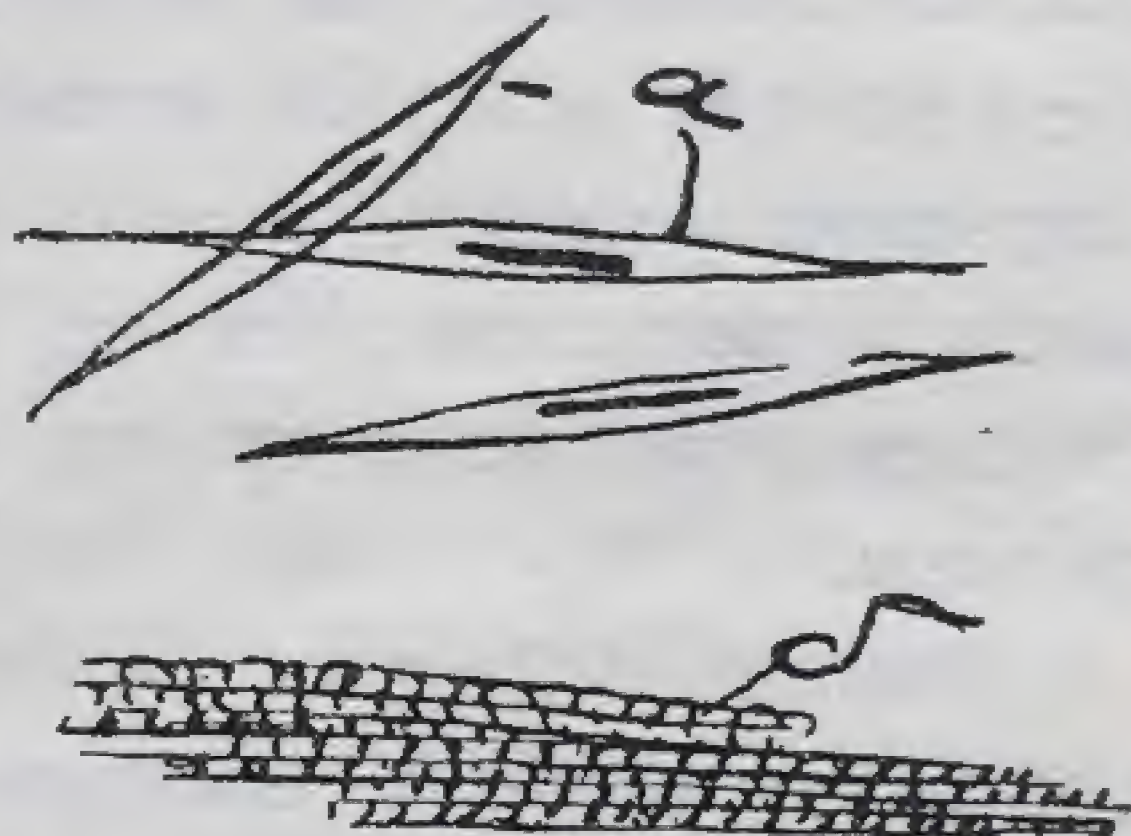


Рис. 2. Мышечные клетки (под микроскопом при сильном увеличении: а) гладкомышечные клетки из полостных органов; б) поперечно-полосатые мышечные волокна из мышц конечностей.



три отверстия: одно нижнее — внутренний зев (*os internum*), ведущее в шейный канал и влагалище, и два узких боковых отверстия, расположенные в верхних углах и ведущие в маточные трубы.

Стенка матки состоит из трех слоев: 1) внутреннего — слизистой оболочки, 2) среднего — мышечного слоя и 3) наружного — брюшинного покрова.

Слизистая оболочка состоит из гладкомышечных волокон соединительной ткани и сосудов и покрыта изнутри однослойным цилиндрическим эпителием, более высоким в шейном канале. Влагалищная часть матки выстлана, подобно влагалищу, многослойным плоским эпителием. Слизистая оболочка образует в шейном канале нежные складки, расположенные на подобие ветвей елки и называемые деревом жизни (*arbor vitae*). Слизистая оболочка имеет большое число длинных узких железок, которые разрастаются и расширяются ко времени наступления менструации. Железки также покрыты однослойным цилиндрическим эпителием.

Мышечный слой стенки матки состоит из трех слоев гладкомышечных волокон: внутреннего продольного (простирающегося на трубы, влагалище и маточные связки) среднего — поперечного (наиболее сильного) и наружного — тоже продольного. Мышечные волокна всех слоев часто беспорядочно переплетаются между собою, образуя чрезвычайно густую и плотную сеть.

Наружный слой маточной стенки — брюшина — покрывает дно и тело матки, спереди переходит с мочевого пузыря на шейку матки, покрывает тело и дно матки и спускается по задней стенке матки до заднего свода влагалища, затем на прямую кишку и вверх. По бокам матки брюшина образует с каждой стороны складку — так называемую широкую связку (*ligamentum latum*), покрывающую трубы и яичники и направляющуюся к боковым стенкам малого таза. Матка и обе широкие связки делят полость малого таза на две части: переднюю (так называемое переднее Дугласово пространство) — между мочевым пузырем и маткой и заднюю (заднее Дугласово пространство) — между маткой и прямой кишкой. При повреждениях и воспалительных процессах половых и других органов брюшной

полости  
скопляе

Меж

держива

жении,

ность. К

каранда

ным сте

кожей л

пара св

rina) иду

таза. Он

Мат

или яйце

мышечны

в гусино

выстланн

является

трубы со

рогов в в

прикрепл

матки кн

трубы со

Они окан

отверстие

в 1 м/м.,

образно

(бахромки

ходит до

трубы име

минающие

оболочка

телием, но

(мерцатель

талкивать

матки. К св

небольшой

ниевати

Яични

заднем ли

2. Судебная гине



полости в Дугласовых пространствах, особенно в заднем, скопляется кровь, выпот или гной.

Между листками широких связок находятся связки, поддерживающие матку в несколько наклонном кпереди положении, но в то же время придающие ей большую подвижность. Круглые связки (*ligamenta rotunda*), толщиной в тонкий карандаш, отходят от передних боковых краев матки к брюшным стенкам, проходят паховый канал и оканчиваются под кожей лобка. Они поддерживают матку сверху. Другая пара связок — маточно-крестцовые (*ligamenta sacro-uterina*) идут от задней поверхности шейки к костным стенкам таза. Они поддерживают шейку и тело матки.

Маточные трубы (Фаллопиевы трубы, яйцеводы, или яйцепроводы, *tubae uterinae*), представляют собою гладкомышечные трубки, длиной в 8-10 см. и больше, толщиной в гусиное перо, покрытые снаружи брюшиной, а внутри выстланные слизистой оболочкой. Средний мышечный слой является продолжением мышц матки. Одним узким краем трубы соединены с маткой, от которой отходят на подобие рогов в верхних передних углах, около и кзади от места прикрепления круглых маточных связок. Направляясь от матки кнаружи в обе стороны, в область малого таза, трубы составляют верхний край широких маточных связок. Они оканчиваются утолщенным свободным концом. Маточное отверстие трубы очень узко, диаметром приблизительно в 1 м/м., наружное брюшинное отверстие трубы воронкообразно расширено, края его имеют бахромчатый вид (бахромки, *fimbriae*). Одна бахромка длиннее остальных и доходит до яичника (яичковая бахромка). Слизистая оболочка трубы имеет высокие и нежные продольные складки, напоминающие на поперечном разрезе ветки растения. Слизистая оболочка внутри покрыта однослойным цилиндрическим эпителием, носящим на свободной поверхности нежные волоски (мерцательные ворсинки), предназначение которых — проталкивать женское яйцо от яичника через всю трубу в полость матки. К свободному концу трубы прикреплен тонкой ножкой небольшой придаток, в виде жемчужинки — так наз. Морганиева гидатида, не имеющая практического значения.

Яичники. Возле свободного края каждой трубы, на заднем листке широкой связки, висит железа, формой



и величиной напоминающая миндаль или чернослив. Это яичник (ovarium), женская половая железа, определяющая пол. Яичник производит женские яйца, из которых после оплодотворения мужским семенем образуется плод. Кроме того, он вырабатывает особые химические продукты — так называемые гормоны, оказывающие влияние на развитие вторичных половых признаков, полового влечения и т. д.

Поверхность яичника морщинистая; приблизительные размеры: 3 см. длины, 2 см. ширины и 1 см. толщины. У маленьких девочек он узок и дольчат; ко времени наступления половой зрелости он увеличивается и приобретает характерную миндальную форму.

Кроме прикрепления к широкой связке, яичник соединен с маткой собственной связкой яичника, отходящей от матки позади места прикрепления трубы. В яичнике различают несколько слоев. Поверхностный слой представляет несколько измененную брюшину и состоит из слоя цилиндрических клеток, под которым находится белочная оболочка яичника. Кнутри от нее лежит корковый слой, содержащий между элементами соединительной ткани, сосудами и нервами, зачатки женских яиц.

Кнутри от коркового лежит самый внутренний — мозговой слой, богатый сосудами, нервами и гладкомышечными клетками, идущими из собственной связки яичника.

Зачатки яиц состоят из многочисленных кучек эпителиальных клеток и почти не видоизменяются до наступления половой зрелости.

Во время половой зрелости из каждого зачатка поочередно, через каждые 4 недели, развивается Граафов пузырек, или фолликул. Последний состоит из оболочки и наполнен жидкостью. Внутренняя поверхность пузырька выстлана слоем клеток (membrana granulosa), образующих в одном месте выпуклость. В последней находится яйцо, окруженное клетками membranae granulosaе. Яйцо в зрелом состоянии — шарик около 0,2 мм. в диаметре. Каждые 4 недели, вероятно по очереди, то в правом, то в левом яичнике созревает один (реже два или больше) Граафов пузырек, приближается к поверхности яичника путем истончения белочной оболочки и лопается. Содержимое его — яйцо

с окружаю-  
поверхность  
Граафов пу-  
почки яични-  
путем разра-  
желтое т  
и строение.  
секреции

Через нес-  
превращаетс-  
яичника взр-  
вид. Яйцо, п-  
выясненным  
сасывающим  
в трубу, а п-  
ными движе-  
к полости ма-  
тозоиды, встр-  
ходит зачатие  
лости матки к  
яйцо не опл-  
наружу. Ино-  
а в брюшную

У животны-  
полости даже

Если оплод-  
в складке сл-  
прикрепиться,  
расти: развив-

Если, в иск-  
пузырька, яй-  
то развивается

Наконец, в  
в каком-нибуд-  
чинает развива-

Совершенно  
душий плод,  
ствования огр-  
подобно расти-  
любой почве.



с окружающими его клетками и жидкостью — изливается на поверхность яичника или широкой связи. После опорожнения Граафов пузырек наполняется кровью из разорванной оболочки яичника. На месте пузырька через несколько дней путем разрастания его оболочки образуется так называемое желтое тело (*corpus luteum*), имеющее характерный вид и строение. Оно представляет собою железу внутренней секреции (L. Fraenkel).

Через несколько дней тело перерождается и постепенно превращается в рубец. Такие рубцы втягивают поверхность яичника взрослой женщины и придают ему морщинистый вид. Яйцо, по выходе из Граафова пузырька, еще не совсем выясненным механизмом — движениями бахромок или присасывающим действием мерцательного эпителия, — попадает в трубу, а перистальтикой последней и отчасти мерцательными движениями эпителия передвигается по направлению к полости матки. Если произошло совокупление, то сперматозоиды, встретив в трубе яйцо, оплодотворяют его: происходит зачатие. Оплодотворенное яйцо прикрепляется в полости матки к слизистой оболочке и начинает расти. Если же яичко не оплодотворяется, то оно погибает и выделяется наружу. Иногда яйцо (или яйца) попадает не в трубу, а в брюшную полость и рассасывается.

У животных доказан факт рассасывания в брюшной полости даже оплодотворенных яиц (ранних зародышей).

Если оплодотворенное яйцо застревает на своем пути в складке слизистой оболочки трубы, то оно там может прикрепиться, найдя благоприятные условия, и начинает расти: развивается внематочная (тубная) беременность.

Если, в исключительных случаях, после лопания Граафова пузырька, яйцо не выходит, а оплодотворяется на месте, то развивается яичниковая беременность.

Наконец, оплодотворенное яйцо может прикрепиться в каком-нибудь месте свободной брюшной полости и начинает развиваться — получается брюшинная беременность.

Совершенно очевидно, что оплодотворенное яйцо, будущий плод, наделено уже в самом начале своего существования огромной живучестью и приспособляемостью, подобно растительному семени, способному дать росток на любой почве.



Но все эти формы внематочной беременности — трубная, яичниковая и брюшинная — по истечении первых 2-3-х месяцев обычно прерываются, ибо плодное яйцо не находит в таком необычном месте необходимые для себя условия питания и развития. Каждый вид внематочной беременности влечет за собою, как мы после увидим, опасность внутреннего истечения кровью.

В складках широкой связки, между яичником и трубой, находится зародышевый орган, представляющий собой ряд тонких извилистых канальцев, числом от 2 до 20, лучеобразно расходящихся от корня яичника кверху по направлению к трубе. Канальцы впадают в один общий канал, слепой с обоих концов, лежащий параллельно трубе. Канальцы наполнены серозной жидкостью. Весь орган называется придатком яичника (*parovarium*). Он лишен физиологического значения.

Половые органы женщины очень богаты кровеносными и лимфатическими сосудами, значительно увеличивающимися еще во время беременности. Внутренние половые органы питаются сильными ветвями брюшной аорты: левой и правой внутренней семенной артерией (*arteria spermatica interna*), отходящей непосредственно от брюшной аорты и левой и правой маточной артерией (*arteria uterina*), ветвью подчревной артерии (*arteria hypogastrica*).

Вены, идущие от половых органов, образуют несколько богатых и густых сплетений, заложенных в околовлагалищной и околоматочной клетчатке (между складками широких связок). Кровь из тазовых венозных сплетений собирается в левую и правую подчревную вену (*vena hypogastrica*).

Венозные сплетения таза являются местом септических тромбов и имеют важное судебно-медицинское значение (см. родильная лихорадка). Подчревная и наружная подвздошная вена каждой стороны сливаются, образуя левую и правую общую подвздошную вену (*vena iliaca communis*) и главные ветви нижней поллой вены (*vena cava inferior*), несущей кровь в правое предсердие.

Тромбы (кровяные пробки) из подчревной вены иногда распространяются в наружную подвздошную и бедренную вены, вызывая характерное болезненное припухание всей конечности (*phlegmasia alba dolens*).

Тромбы, бедренных и желудочек, вызывая застой одной или нескольких.

Процесс называется артерии на сосудах.

Созревание в том виде, к которому половые органы имеют у девочек до более плоской клетчатки. Клетчатка прикасаются в ягодицы, та часть в верхней части плоти клитор губы обычно тонких складок уровня девственности половых губ.

У зрелой женщины напротив, больше и образуются и образуются.

Половая шкура покрывает клитор, жавших продолжения жизни. У рожавших неюющимися с рождения у взрослых половой жизни, входя иногда очень истончен в объеме, морщинистое состояние.

Клитор (иногда как он прикрывается) При растягивании.



Тромбы, оторвавшись из венозных сплетений таза или бедренных вен, заносятся током крови в правое предсердие и желудочек, а оттуда, через легочную артерию, в легкие, вызывая закупорку всего ствола легочной артерии или, чаще, одной или нескольких ветвей.

Процесс закупорки просвета легочных артерий тромбами называется тромбо-эмболией. При закупорке крупной артерии наступает внезапная смерть.

Созревание половых органов. Половые органы в том виде, в каком мы их описали, соответствуют состоянию половой зрелости. До наступления последней половые органы имеют известные отличительные признаки. Так, у девочек до года большие половые губы представляются более плоскими, вследствие бедности подкожной жировой клетчатки. Книзу они несколько увеличиваются, плотно соприкасаются друг с другом и переходят непосредственно в ягодицы, так что задняя спайка едва выражена. Половая щель в верхней части полуоткрыта и обнажает крайнюю плоть клитора и верхние части малых половых губ. Малые губы обычно выступают из половой щели в виде плотных тонких складок, начинаясь от клитора и продолжаясь до уровня девственной плевы, где теряются в толще больших половых губ.

У зрелой в половом отношении девушки большие губы, напротив, больше развиты в верхней части, кзади истончаются и образуют заднюю спайку с уздечкой.

Половая щель в верхней половине плотно сомкнута и закрывает клитор. В нижней половине она образует у нерожавших продольное углубление, существующее и до половой жизни. У рожавших же половая щель полуоткрыта с виднеющимися средними и задними частями малых губ. Последнее у взрослых девушек как девственных, так и живших половой жизнью, лучше развиты в задней половине, доходя иногда до задней спайки, а в верхней половине очень истончены. У рожавших женщин малые губы увеличены в объеме, морщинисты и часто пигментированы, хотя подобное состояние встречается иногда даже у девственниц.

Клитор (иначе похотник) до года обычно незаметен, так как он прикрыт сравнительно обемистой крайней плотью. При растягивании последней, он представляет крохотную



треугольную площадку величиною с маковое зерно (Мержеевский). У девочек от 5 до 10 лет обнаженная головка клитора бывает величиною с булавочную головку. У достигших половой зрелости девушек она обычно величиною с конопляное зерно.

Внутренние половые органы также развиваются к началу половой зрелости. Влагалище делается шире, эластичнее; слепой конец (своды) вытягивается и расширяется. Слизистая оболочка образует складки (*columnae rugarum*). Об яичнике мы уже говорили. Трубы удлиняются и выпрямляются. Главное изменение претерпевает матка. Она прежде всего значительно увеличивается в размере, ибо детская матка до наступления половой зрелости почти не развивается. При этом главное увеличение касается тела матки, между тем как в детской шейка преобладает над телом. Вследствие большей тяжести, тело матки несколько сгибается вперед, образуя с шейкой тупой угол (*anteflexio versio*). Полость матки из щелевидной становится треугольной, отверстия Фаллопиевых труб вытягиваются. Но самое важное изменение происходит в слизистой оболочке: эпителий ее делается мерцательным; образуются железы. Слизистая оболочка выходит из всегда одинакового, покойного состояния и начинает свое характерное периодическое превращение, называемое менструацией.

#### б) Менструация и овуляция

Внешним проявлением менструации (месячных очищений) являются правильные кровотечения из матки, приходящие каждые 4 недели и продолжающиеся несколько дней. Описанный выше в яичнике процесс созревания и лопания Граафова пузырька с выходением яйца называется овуляцией. Оба процесса, овуляция и менструация, находятся в тесной связи, в определенной и хронологической зависимости друг от друга.

Уже в 18 столетии Sintema, не имея еще особых доказательств, предполагал взаимную зависимость этих двух процессов. Впоследствии известный анатом Bischoff (1844 г.) установил, что овуляция, т. е. созревание и отделение яйца, происходит периодически и одновременно с менструацией, так что последняя является выражением овуляции. Pflüger

(известны  
интересны  
По его т  
ваются р  
ведут к п  
роны, пр  
с другой  
гинеколо  
снова у  
вызвал у  
наблюден  
над соба  
спинного  
наступил  
Нервной  
ческой  
У павиан  
подобная  
ация пре  
вались по  
продолжа  
кастриро  
у тех и д  
вых орга

Из эт  
ясно, что  
зависит о  
лении по

Сущно  
ступаю  
которое  
от одног  
Течка ж  
ждается  
матки, ка  
ном пери  
слабее.

Таким  
что прод  
гормон



(известный немецкий физиолог) в 1865 г. создал чрезвычайно интересную теорию, господствовавшую до конца 19 века. По его теории, в зрелом Граафовом фолликуле накапливаются раздражения, которые нервно-рефлекторным путем ведут к гиперемии половых органов, отчего, с одной стороны, происходит лопание фолликула с выходом яйца, с другой стороны, — выделение крови из матки. Берлинский гинеколог Штрассман старался опытами над собаками обосновать учение Pflüger'a: повышая давление в яичнике, он вызвал у собак явления, похожие на течку. Последующие наблюдения Гольтца, Эвальда и др. над людьми и опыты над собакой, у которой была удалена поясничная часть спинного мозга и у которой тем не менее беспрепятственно наступили овуляция и зачатие, поколебали теорию Pflüger'a. Нервной теории пришла на смену новая теория химической корреляции между явлениями в яичнике и матке. У павианов (вид обезьян), у которых бывает менструация, подобная человеческой, по удалении яичников, менструация прекращалась. Но если удаленные яичники пересаживались под кожу живота и там приживались, то менструация продолжалась. Schickele, впрыскивая яичниковую вытяжку кастрированным собакам, а затем женщинам, наблюдал у тех и других гиперемию (полнокровие) наружных половых органов.

Из этих и других многочисленных наблюдений стало ясно, что периодическое выделение крови — менструация — зависит от наличия функционирующих яичников; при удалении последних менструация не появляется.

Сущность менструации состоит в циклически наступающем превращении слизистой оболочки, которое повторяется через правильные промежутки времени, от одного менструального кровотечения до следующего. Течка животных соответствует менструации и сопровождается подобными же превращениями слизистой оболочки матки, какое мы наблюдаем у женщины в предменструальном периоде; только кровотечение отсутствует или гораздо слабее.

Таким образом, в свете современных знаний, полагают, что продукты внутренней секреции яичника, так называемые гормоны, попадают в кровь и обуславливают изменения



в матке. С менструальным кровотоком связаны постоянные колебания в различных функциях женского организма: кровяного давления, дыхания, обмена веществ, психики и проч. Так что говорят вполне справедливо о волнообразных движениях жизненных процессов женщины.

Менструация и связанная с нею жизненная волна исчезает с угасанием деятельности яичников; нормально — в климактерическом периоде, патологически — после оперативного удаления яичников. Прекращение менструации сопровождается так наз. явлениями выпадения — расстройствами общего и местного характера, доходящими иногда до болезненного состояния.

Менструация имеет большое криминогенное и судебно-медицинское значение. Так, во время менструации иногда развивается психоз, совершаются преступные действия<sup>1</sup> (поджоги, кражи, убийства) и самоубийство.

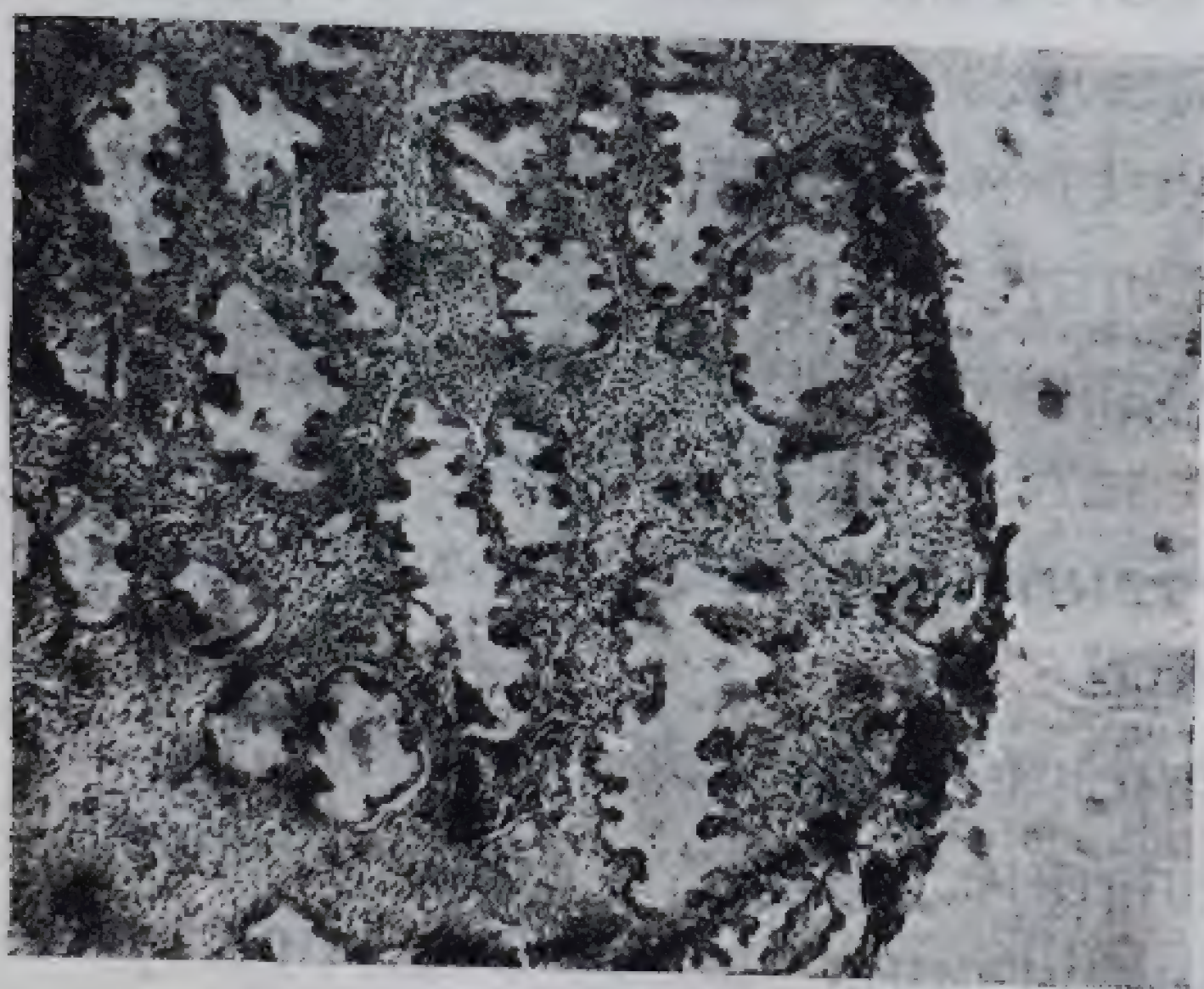


Рис. 3. Слизистая оболочка матки (под микроскопом). Предменструальное набухание со штопорообразными железами.

вращении, которое можно делить на несколько фаз, подобно фазам луны. Каждой фазе соответствует определенный циклический момент деятельности яичников. Мы можем весь 28-дневный менструальный период делить на четыре фазы<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> См. Hirschfeld, Tötung zweier Kinder während der Menstruation. Die mediz. Welt, № 23, 1927 г.

<sup>2</sup> У женщин, менструирующих каждые три недели, каждая фаза, очевидно, несколько короче.

То, что нам известно в настоящее время о сложном процессе менструации и овуляции, стало достижением последних двух десятков лет.

Прежде полагали, что оба процесса происходят одновременно; в настоящее же время, благодаря известным исследованиям, Гичмана и Адлера, доказан определенный хронологический порядок в их взаимоотношениях.

Прежде полагали, что матка находится в течение четырех недель в спокойном состоянии и только ко времени менструации набухает, наполняется кровью и затем дает картину менструации.

Сейчас мы знаем, что слизистая оболочка матки никогда не покойна, а постоянно в циклическом пре-

I. Пре-  
начинается  
ации и про-  
менструации  
набухание с-  
расширение  
образный в-  
более рыхло-  
ядрами, напо-

Слизиста-  
готовится к  
творенного  
дальнейшего  
период соот-  
т. е. лопанию  
с выхождением  
яйца, ждущего  
дотворения.

Если яйцо  
(что в бол-  
происходит),  
наступает сле-

II. Мен-  
десквама-  
Начало ее — 2  
дня предыду-  
или 1-й ден-  
струального  
покров слизи-  
торгается<sup>1</sup>.

Из разрыв-  
ненных кров-  
сосудов прои-  
крови, продол-  
этого времени

В это время  
находится уже  
(названное так  
в отличие от и-  
беременности

По оконча-  
III. После-  
фаза. Слизист-  
бедна железами  
эпителий вновь

<sup>1</sup> Вопрос о  
лочки еще спо-  
рицается это  
В частности, в  
сертации д-ра  
Unters. der Men-  
месячных выдел-  
28 девиц и 2 не-  
находили малые  
влявшие собою  
зистой оболочки



I. Предменструальная или секреторная фаза. Она начинается между 18 и 20 днями от первого дня последней менструации и продолжается около 8-10 дней, т. е. до начала следующей менструации. В течение этого периода времени происходит сильное набухание слизистой оболочки матки, утолщение, отечность, гиперемия, расширение железок, принимающих чрезвычайно характерный штопорообразный вид. Соединительная ткань слизистой оболочки делается более рыхлой и влажной, появляются клетки с большими крупными ядрами, напоминающие отпадающую оболочку в начале беременности.

Слизистая оболочка матки готовится к принятию оплодотворенного женского яйца для дальнейшего его развития. Этот период соответствует овуляции, т. е. лопанию Граафова пузырька с выходом из него зрелого яйца, ждущего момента оплодотворения.

Если яйцо не оплодотворяется (что в большинстве случаев происходит), то оно погибает; наступает следующая фаза.

II. Менструация, или десквамационная фаза. Начало ее — 28 день от первого дня предыдущей менструации, или 1-й день настоящего менструального периода. Верхний покров слизистой оболочки отторгается<sup>1</sup>.

Из разорванных и переполненных кровью капиллярных сосудов происходит выделение крови, продолжающееся от 2-7 дней, в среднем от 3-5 дней. В течение этого времени женщина теряет приблизительно от 100-200 гр. крови.

В это время в яичнике, на месте бывшего Граафова пузырька, находится уже новое образование — вышеупомянутое желтое тело (названное так по присущему ему цвету). Оно называется ложным в отличие от истинного желтого тела, образующегося во время беременности и существующего в течение всего периода последней.

По окончании менструации наступает

III. Послеменструационная, или регенерационная фаза. Слизистая оболочка матки в это время тонка, низка, бледна, бедна железами; отторженный во время менструации поверхностный эпителий вновь покрывает всю полость матки — регенерирует (возро-

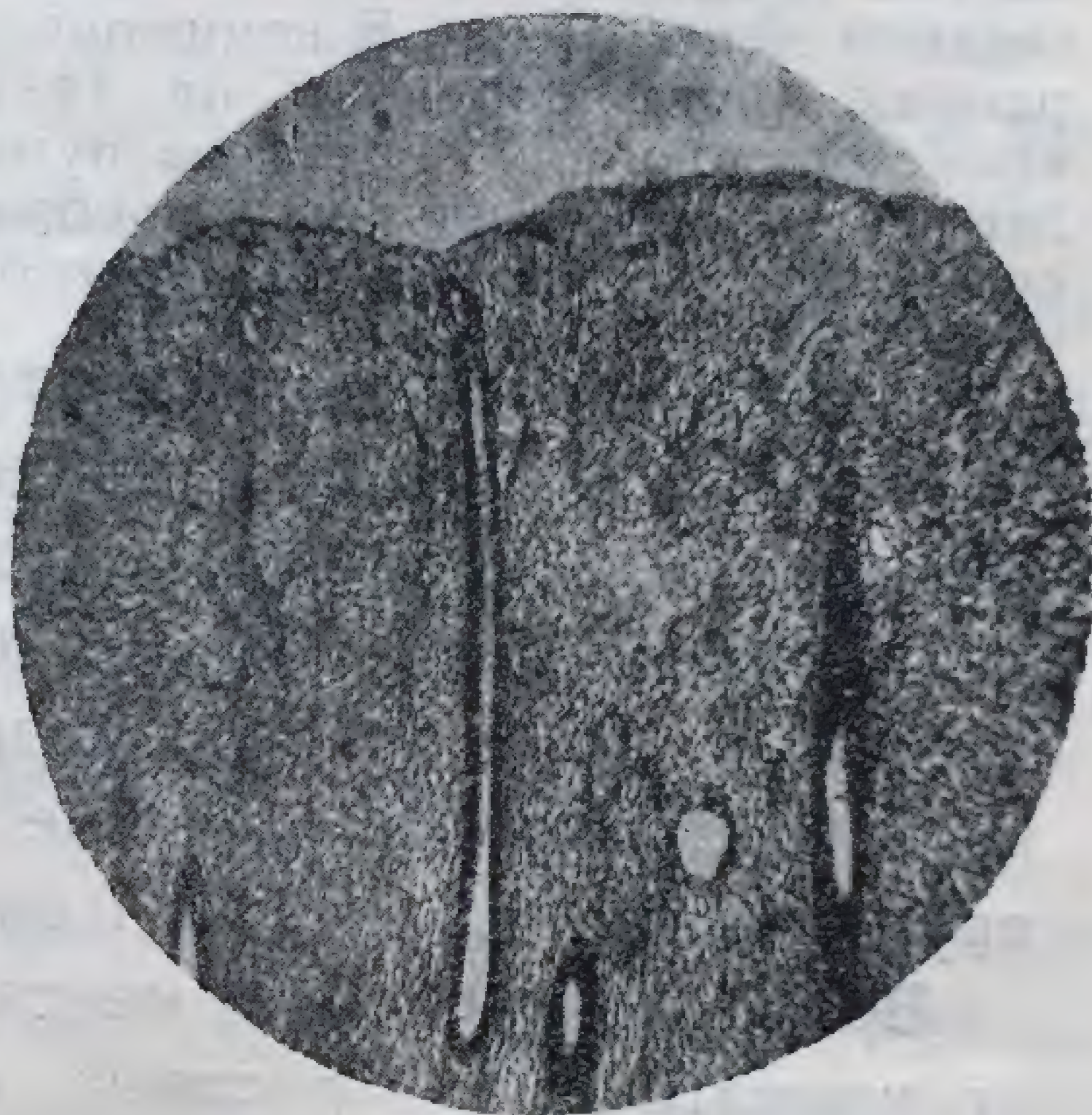


Рис. 4. Слизистая оболочка матки (под микроскопом). Послеменструационная фаза. Железы узки.

<sup>1</sup> Вопрос об отторжении и выделении элементов слизистой оболочки еще спорный. В то время, как некоторыми исследователями отрицается это отторжение, др. авторы определенно о нем заявляют. В частности, в одной из последних работ по этому вопросу, в диссертации д-ра К. Lindner (Бреславль, 1921 г.), *Ergebnisse der histol. Unters. der Menstruationsvorgänge*, приводятся результаты исследования месячных выделений 33 гинекологически здоровых женщин (из них 28 девиц и 2 нерожавшие). В половине случаев в менструальной крови находили малые, нерастиравшиеся кусочки ткани, до 4 см., представлявшие собою, при гистологическом исследовании, элементы слизистой оболочки матки.



ждается). Вся матка, особенно тело ее, увеличенное и размягченное в первые две фазы, вследствие переполнения кровью, теперь опять уменьшается, получает более плотную консистенцию. Этот период продолжается в среднем 8—10 дней. В одном из яичников в это время происходит созревание нового Граафова пузырька и обратное развитие желтого тела от предыдущей менструации. Затем следует:

IV. Пролиферационная фаза. Слизистая матки вновь начинает развиваться, утолщаться и набухать, наливаясь кровью. Этот период продолжается, повидимому, неделю, от 10 до 18 дней от последней менструации. В конце пролиферационной фазы или несколько раньше (приблизительно на 14-16 день менструального периода) происходит лопание Граафова пузырька и выделение яйца, т. е. овуляция; в яичнике начинается образование желтого тела, а в матке совершается переход в следующую секреторную фазу.

Стало быть, под менструацией следует понимать не только наружное проявление ее в виде периодического кровотечения, а весь волнообразно циклический период, продолжающийся 28 дней<sup>1</sup>. Этот цикл появляется обычно к концу полового созревания, между 14 и 16 годами жизни девушки. Ему предшествует и сопутствует целый ряд других явлений в женском организме.

Время наступления менструации колеблется и зависит от климатических, расовых, национальных, наследственных и социально-бытовых условий. На юге и в городах она наступает раньше, чем на севере и в деревнях. По более старым данным Груздева<sup>2</sup>, основанным на просмотре историй болезни 12000 женщин, приезжавших в Ленинград из различных областей России, менструация в среднем появляется к 15<sup>3</sup>/<sub>4</sub> годам.

Белугин<sup>3</sup> (1924 г.) вычислил средний возраст появления первой менструации, на основании 1250 листков Родильного Отделения Акушерско-Гинекологического Института в Ленинграде, в 14<sup>3</sup>/<sub>4</sub> лет. Родзевич (цит. у Белугина) на основании 12439 случаев сборной статистики по Ленинграду определил возраст в 16 лет. Несомненно, средний возраст в Москве или на Украине ниже, на Кавказе или Крыму еще ниже.

К сожалению, Груздев, Белугин и др. учитывают лишь момент появления менструации. Между тем, менструация, являясь важнейшим признаком наступления половой зрелости,

<sup>1</sup> Мы же в дальнейшем о менструации будем говорить только в более узком смысле, понимая под нею месячные кровотечения.

<sup>2</sup> Труды V Съезда Об-ва русских врачей в память Пирогова.

<sup>3</sup> О влиянии недостаточного питания на время появления первых регул. Журнал Акушерства и Женских болезней кн. I, т. 35, 1924 г.

не  
иной  
лост  
симп  
забо  
моск  
бере  
Во  
вотеч  
бере  
прави  
сущ  
ворит  
являет

Ко  
доволь  
ловые  
ряда  
незамет  
девочки  
железы  
трубчат  
легко  
рентген  
Еще  
лезы пр  
шения,  
Грудная  
развивае  
шарообр  
железа (К  
грудных  
нет овул  
яичника,  
к созрева  
(разраще  
чинается  
мало раз



не является, однако, тождественной с нею. Менструация иногда появляется и раньше, до наступления половой зрелости, даже у маленьких детей, часто являясь болезненным симптомом расстройства внутренней секреции или душевного заболевания. Или, наоборот, менструация запаздывает. Эскимоски, например, выходят замуж 14 лет и иногда вскоре беременеют, а менструация у них появляется в 19 лет.

Возможна, следовательно, овуляция и без месячных кровотечений, что часто наблюдается у кормящих женщин беременных и при отсутствии менструации. Однако, как правило, отсутствие менструации свидетельствует и об отсутствии овуляции. Присутствие же менструации всегда говорит за наличие овуляции. Первая овуляция ничем не проявляется.

#### Б. ВТОРИЧНЫЕ ПОЛОВЫЕ ПРИЗНАКИ

Ко времени появления первой менструации, обычно, уже довольно резко выступают, так называемые, вторичные половые признаки. Постепенно происходит изменение целого ряда соматических признаков, и из ребенка-подростка незаметно развивается женщина. Угловатые формы тела девочки-подростка округляются, особенно бедра, грудные железы развиваются типичным образом. Эпифизы длинных трубчатых костей (конечностей) начинают окостеневать, что легко определяется посредством просвечивания скелета рентгеновскими лучами.

Еще до появления менструации и овуляции грудные железы приподнимаются в виде полушарообразного возвышения, приблизительно на 2 см. высоты, не считая соска. Грудная железа заостряется по направлению к соску. Затем развивается подкожная жировая клетчатка груди: полушарообразная форма делается плосче, первичная грудная железа (Primär mamma) выступает отчетливее. Эти изменения грудных желез обуславливаются активностью яичников. Еще нет овуляции, но уже имеется значительное увеличение яичника, васкуляризация и подготовка Граафовых пузырьков к созреванию. Но настоящее развитие груди женщины (разращение железистой ткани и выделение секрета) начинается лишь во время беременности. Пока же соски еще мало развиты. Околососковый кружок не широк, слабо



пигментирован в розовый цвет, даже у брюнеток со смуглой кожей. Лишь в редких случаях находят в этом возрасте коричневый оттенок.

Антропологически различают четыре стадии развития грудной железы<sup>1</sup>.

„I стадия свойственна мужскому полу и подросткам женского пола; прочие стадии — только женскому полу.

I стадия: железы почти не выдаются; сосок поднимается над околососковым кружком.

II стадия: околососковый кружок больших размеров; сосок, отставая в росте от быстро растущего околососкового кружка, невелик, не выдается из плоскости кружка; очертания соска и кружка вместе образуют конус; железы обнаруживают поднятие на очень ограниченном участке.

III стадия: сосок и околососковый кружок сохраняют форму, характерную для предыдущей стадии; вся конечная часть железы вместе с околососковым кружком и соском образует один конический выступ. Железы обнаруживают большое поднятие на большом пространстве.

IV стадия: сосок поднимается над околососковым кружком, тело железы принимает размеры и формы, характерные для взрослых женщин данной расы.

По форме своей различают три типа грудной железы: коническую, полушаровидную и блюдцеобразную. Форма определяется только у созревших особей, притом у таких, у которых грудная железа не обнаруживает явной инволюции. Для определения формы грудной железы у женщин, у которых обозначилось отвисание ее, нужно просить исследуемую расправить железу, т. е. приподнять ее рукой снизу, установив сосок над центром диска и оценивая соотношение ее вертикального и поперечного диаметров спереди — задним диаметром (высотой). Коническая железа характеризуется преобладанием высоты (передне-заднего диаметра) над поперечным и вертикальным диаметром; блюдцеобразная — обратным соотношением; полушаровидная — приблизительно равными диаметрами“.

Размеры и конфигурация таза имеют, далее, большое значение для суждения о половой зрелости. Средние размеры таза взрослой женщины таковы:

<i>distantia spinarum</i> . . . . .	26 см.
„ <i>cristarum</i> . . . . .	29 „
„ <i>intertrochanterica</i> . . . . .	31 „

Девушка в 15-16 лет имеет, конечно, несколько меньшие размеры таза. Позже он делается шире и более наклоняется вперед; окончательное оформление и развитие его происходит лишь во время беременности.

Наличие волос на лобке и в подмышечных ямках у девушек также, как у юношей, служит одним из признаков половой зрелости. Но появление скудной и короткой растительности (волосы не длиннее 1 см.) на лобке и под мышками происходит еще несколько раньше наступления половой зрелости или в самом начале ее, а ко времени

<sup>1</sup> См. Бунак. Метод антропологических исследований. 1927 г. стр. 95 Изд. НКЗ.

послед  
густым  
на лоб  
лобке  
чины

К тр  
личите  
более

Хотя  
которые  
мени нас  
мужчина  
всего 1,5  
новорожд  
новорожд  
в весе со  
и в начал  
раньше,  
дующих т

В о з

До 1 ме
1 — 2
2 — 3
3 — 4
4 — 5
5 — 6
6 — 7
7 — 8
8 — 9
9 — 10
10 — 11
11 — 12
1 — 1½ ле



последней Венерин бугорок обычно покрыт довольно густыми волосами. Обычно, волосы сначала появляются на лобке, а несколько позднее в подмышечных ямках. На лобке они ограничиваются горизонтальной линией (у мужчины поднимаются вверх по направлению к пупку).

#### В. ТРЕТИЧНЫЕ ПОЛОВЫЕ ПРИЗНАКИ

К третичным половым признакам принадлежат все те отличительные особенности, которые приближают женщину более к инфантильному, т. е. детскому типу.

Хотя уже у новорожденного, кроме половых органов, имеются некоторые отличительные признаки, но они делаются характернее ко времени наступления половой зрелости. Так, от самого рождения до смерти мужчина больше женщины. Разница, составляющая у новорожденных всего 1,5-2 см., у взрослых представляет приблизительно 20 см. Вес новорожденного младенца мужского пола также на  $\frac{1}{12}$  больше веса новорожденной девочки (3000 гр. и 3250 гр.); у взрослых же разница в весе составляет  $\frac{1}{8}$ . Только в 12-15-летнем возрасте, т. е. незадолго и в начале полового созревания, начинающегося у девочек немного раньше, чем у мальчиков, мальчики легче девочек, что видно из следующих таблиц Гофмана и Штефко.

Таблица Гофмана

Возраст	Мальчики				Девочки			
	Число наблюд.	Длина в сантим.			Число наблюд.	Длина в сантим.		
		Средняя	Максимальная	Минимальная		Средняя	Максимальная	Минимальная
До 1 мес. . . . .	280	50,9	64	35	245	50,1	56,5	35
1 — 2 „ . . . . .	78	53,3	61	40	62	53,7	68,5	47
2 — 3 „ . . . . .	54	55,4	69	41	60	54,7	63	47
3 — 4 „ . . . . .	61	57,7	72	50	61	57,4	74	50
4 — 5 „ . . . . .	40	57,9	67	45	37	57,7	72	47
5 — 6 „ . . . . .	33	60,8	68	52	20	58,8	75	52
6 — 7 „ . . . . .	27	62	75	56,5	26	61,6	67	56
7 — 8 „ . . . . .	22	63,5	72	54	15	61,2	70	53
8 — 9 „ . . . . .	23	62,5	71	53	15	62,2	69	56
9 — 10 „ . . . . .	11	65,8	70	60	14	61,7	68	54
10 — 11 „ . . . . .	8	66,8	72	63	10	64,7	71	52
11 — 12 „ . . . . .	9	66,5	74	56,5	7	66,4	70	61
1 — 1 $\frac{1}{2}$ лет . . . . .	48	70,9	85	51	51	69,2	80	54



Продолж. табл. Гофмана

Возраст	Мальчики				Девочки			
	Число наблюд.	Длина в сатим.			Число наблюд.	Длина в сантим.		
		Сред- няя	Макси- мальн.	Мини- мальн.		Сред- няя	Макси- мальн.	Мини- мальн.
1½ — 2 лет . . . . .	40	73,4	83	49	30	71,3	83	60
2 — 2½ " . . . . .	34	76,2	88	68	34	75,2	86	61
2½ — 3 " . . . . .	22	79,8	91	68	17	75,3	88	58
3 — 3½ " . . . . .	22	83	102	68	16	79,1	88	53
3½ — 4 " . . . . .	12	88,8	104	77	7	85,6	95	75
4 — 4½ " . . . . .	20	89,9	106	60	25	88,5	100	72
4½ — 5 " . . . . .	3	97,3	99	94	3	96,6	98	96
5 — 5½ " . . . . .	12	100,4	111	93	9	97,1	108	92
5½ — 6 " . . . . .	3	104,3	108	100	8	93,3	106	84

Таблица проф. Штефко, 1923—1924 гг. 1.

Возраст	Рост средний в миллим.		Окружность груди		Средний вес в килогр.	
	Мальчики	Девочки	Маль- чики	Девочки	Маль- чики	Девочки
6 л.	1050 —	1072—	579—	581—	—	—
7 "	1111—	1116—	594—	579—	20,8—	20,8—
8 "	1171—1209	1152—1203	615—619	590—591	22,7—24,1	22,0—22,9
9 "	1192—1251	1188—1237	620—637	605—610	23,9—25,3	23,3—24,8
10 "	1253—1309	1234—1307	651—655	629—633	26,3—28,2	26,0—27,9
11 "	1320—1351	1306—1358	661—676	649—657	29,1—30,8	29,6—30,1
12 "	1350—1410	1365—1418	679—688	678—680	31,6—33,0	32,3—34,7
13 "	1423—1452	1434—1472	700—714	700—715	35,2—36,3	37,3—39,0
14 "	1478—1509	1480—1525	724—741	724—746	31,5—41,1	42,0—43,8
15 "	1518—1572	1512—1560	767—769	767—767	42,9—45,4	46,6—48,0
16 "	1565—1617	1537—1596	787—795	787—794	48,5—49,5	00,9—51,9
17 "	1607—1626	1534—1586	806—825	806—807	—	—

Формы женщины во всех возрастах грациознее и округленнее, мужчины — неуклюжее и угловатее. Женская голова круглее, с меньшим количеством выпуклостей; лицо, по сравнению с черепом, короче, отдельные части лица незаметнее, без острых контуров и мягче переходят друг на друга. Лоб не так высок, как у мужчины, нос и рот

<sup>1</sup> Проф. Штефко. В. Т. Материалы по физич. разв. детей и подрост-ков. Изд. НКЗ, 1925 г.

меньше, под губах и под чем у мужч стройна, тон пает. Женс (грудные) ж шины ниже образуя поч мистее. Тул пупка от ло леннее, мяг хождения ме волосиста, н сильнее раз

Скелет а слабее, кругл отдельные п ные хрящи т 95/1000 объема больше и со

Но глав и ниже, ибо ружи; седали дуга предстан

Мускулату

Зубы, особен

Рот, желу

и легче. Гор

Сердце легче

Удельный

и фибрина, н

Мочеиспускат

и почки такя

пузырь, вслед

Мозг у я

в пользу муж

Из спинн

седалищные

Головной

а у мужчины

зиологически

сила значите

несколько на

ходка женщи

слабее, но у

(кровоотечени

шается. Это

торных нерве

Дыхание

дания верхне

дыхания, в о

Емкость легк

или 7:10). Е

ко времени н

дающимися в

Пульс у я

шая возбуди

органов чувст

привязанност

бее ошущает,



меньше, подбородок тупее, виски несколько более вдавлены. На щеках, губах и подбородке обычно легкий пушок. Головные волосы пышнее чем у мужчины, но при этом тоньше, мягче, ровнее и длиннее. Шея стройна, тонка, гортань выше, кадык (Адамово яблоко) не так выступает. Женская грудь короче, уже и ниже, менее объемиста. Молочные (грудные) железы у молодой девушки полушарообразны. Плечи женщины ниже и образуют с шеей тупой угол, но бедра более выступают, образуя почти самую широкую часть тела. Ягодицы круглее и объемистее. Туловище ее выше, больше, круглее и стройнее; расстояние пупка от лобка длиннее, чем у мужчины. Конечности короче, округленнее, мягче; бедра больше конвергируют вследствие большого расхождения между тазобедренными суставами. Кожа мягче, глаже, менее волосиста, нежнее (кориум тоньше). Подкожная жировая клетчатка сильнее развита.

Скелет абсолютно и относительно легче, кости меньше, тоньше слабее, круглее и ровнее. Но позвоночник относительно длиннее, ибо отдельные позвонки, особенно поясничные, длиннее, а межпозвоночные хрящи толще. Размер черепа меньше, объем его составляет лишь  $\frac{95}{1000}$  объема мужского черепа. Окружность  $\frac{95}{100}$ , но вес относительно больше и составляет  $\frac{1}{6}$  веса всего скелета, а у мужчин  $\frac{1}{8}$ .

Но главное отличие скелета — таз; он объемистее мужского (7:5) и ниже, ибо подвздошные кости шире, плосче и более обращены кнаружи; седалищные и лобковые кости ниже и сильнее расходятся. Лонная дуга представляет тупой угол в  $95^\circ$  —  $100^\circ$ , у мужчин — острый угол.

Мускулатура женщины меньше, тоньше, мягче, бледнее и слабее. Зубы, особенно боковые, мельче.

Рот, желудок и кишечник, печень и поджелудочная железа меньше и легче. Гортань, грудная полость и легкие также меньшего размера. Сердце легче, стенки его тоньше, вес 260 гр. (у мужчины — 300 гр.).

Удельный вес крови ниже, ибо она содержит больше воды, белков и фибрина, но меньше форменных элементов (кровяных телец) и солей. Мочеиспускательный канал в несколько раз короче, мочевого пузыря и почки также меньше, хотя искусственно у многих женщин мочевого пузыря, вследствие редкого мочеиспускания, растягивается.

Мозг у женщины легче, в среднем на 149 гр.; разница в весе в пользу мужского пола отмечается уже у новорожденного (130 и 150 гр.).

Из спинномозговых нервов крестцовое сплетение и в том числе седалищные нервы у женщин значительно развитее.

Головной мозг относительно тяжелее, составляя  $\frac{1}{35}$  веса всего тела, а у мужчины —  $\frac{1}{36}$ . Параллельно с анатомическими, отмечаются и физиологические особенности. Так, кожная деятельность слабее, мышечная сила значительно уступает мужской. Центр тяжести тела отклоняется несколько назад. Вследствие отвороченности подвздошных костей, походка женщины менее устойчива, шаг неловок. Потребность в пище слабее, но усвоение ее гораздо быстрее. Поэтому потеря жидкости (кровотечения) переносятся женщиной гораздо легче и быстрее возмещаются. Это обуславливается также большей лабильностью вазомоторных нервов.

Дыхание происходит преимущественно путем расширения и сжатия верхней части грудной клетки — грудной (или реберный) тип дыхания, в отличие от диафрагмального (брюшного) типа мужчины. Емкость легких меньшая (2550 к. см. у женщин и 3660 к. см. у мужчин, или 7:10). Выделение углекислоты (обмен газов) слабее, особенно ко времени наступления половой зрелости, что стоит в связи с наблюдающимися в этот период жизни малокровием (хлорозом).

Пульс у женщины ускореннее, более изменчив и возбудим (большая возбудимость вазомоторных нервов). Моча светлее и легче. Из органов чувств у женщины нашли более слабое обоняние, чем объясняют привязанность женщины к сильным запахам (духам), которые она слабее ощущает, чем мужчина.



Женщина гораздо легче переносит боль. Мы считаем это в порядке вещей, вспоминая родовые боли.

Женщина менее чувствительна к хлороформу и алкоголю, а более по отношению свинцу и опию.

Надпочечники и щитовидная железа у женщины больше; кроме того, последняя увеличивается во время менструации и беременности.

Гортань и голос более высоки, ближе к детскому.

К третичным признакам пола относятся также психологические особенности, отличающие женщину от мужчины. Последние проявляются уже в детстве, резко выступают ко времени наступления половой зрелости, но получают свою законченную форму после родов — в материнстве. Чувство материнства, проходящее красною нитью через всю жизнь женщины, уже несознательно проявляющееся в детских играх с куклой, достигает впоследствии высшей степени в привязанности к ребенку.

Здесь не место подробно останавливаться на психологии женщины. Об этом имеются прекрасные книги Кречмера, Крепелина, Цигена, В. Липмана и др. Упомянем лишь, что ко времени наступления половой зрелости изменяется настроение и поведение девушки. Теряется неукротимая веселость, появляется некоторая угрюмость, капризность, недовольство, замкнутость от старших, тяготение к подругам — сверстницам, к таинственному. Относительно последнего, мне кажется, здесь не следует забывать влияния религиозного воспитания, отчего развивается особенная склонность к мистике. Наш опыт антирелигиозного воспитания должен убедить нас в будущем в влиянии религии в это время полового созревания. Эротические моменты, на которые до сих пор не обращалось внимания, ее заинтересовывают. При этом, обычно, совершенно нет никакого полового чувства. Первая менструация, особенно если она приходит неожиданно, — девочка к ней не подготовлена, часто является драматическим эпизодом в ее жизни, оставляющим глубокое и долгое впечатление. Очень часто первая менструация сопровождается болезненными явлениями, что, конечно, усугубляет впечатление. Ведь около половины всех женщин более или менее страдает во время менструации — и физически, и психически. Отмечено, что самоубийства женщин часто совпадают с моментом менструации.

В. Липман, известный Берлинский гинеколог, в своей недавно вышедшей прекрасной монографии (вообще все, что вышло из-под его пера, достойно особенного внимания) старается психологические особенности женщины объяснить законом тройной причинности. Рассматривая не только зрелый организм, но даже мужскую и женскую половые клетки, сперматозоид (живчик) и яйцо, Липман оттеняет определенный признак — активность мужского пола и пассивность женского. Так, сперматозоиды самостоятельно движутся по направлению к яйцу, преодолевая на своем пути препятствия в виде кислой влагалищной среды, действующей на него губительно, мерцательного эпителия матки и труб, движущегося в обратную сторону, капиллярного движения жидкости, имеющей направление от брюшины в сторону влагалища.

Напротив, женская клетка, яйцо, вполне пассивно направляется всеми этими силами по направлению к сперматозоидам и дальше в полость матки. Такая активность мужской клетки проявляется всюду в природе — не только у животных, но и среди пыльцы растений.

Второй особенностью женского организма, сказывающейся на психологических свойствах, Липман называет ранимость женского организма, начиная от женской половой клетки (яйцо), которая повреждается при внедрении в него сперматозоида; отторжения слизистой оболочки во время менструации; лопания Граафова пузырька во время овуляции; разрыва девственной плевы во время первого совокупления и, наконец, родов. Ранимостью объясняется и большая раздражительность женского организма (вазомоторная, психическая).

Но эти признаки к жизни.

Следует влияние признаков. Ранимость низкого положения половых желез свою деятельность.

Следующее является к кукле, замещение в

Для женщины. М. Сушманский анализ ментальности; перестройкой оно становится — угодной

Липман женщина с ее развитием (материнство) сопротивляется

И в поведении, задерживаясь в женственности, к продуктивности, к опасности, кнуты в ее жизни, явления. У мужчины Они друг у мужчины с чувством

В то время, когда вторичные выражены, еще не физические черты в скрытом чувстве при мужчине, ощущение к влечениям, допуская, например, дитя особые фазы

3. Судебная гине



Но эта ранимость женского организма не является несчастным признаком, а определенной целевой установкой и приспособляемостью к жизни.

Следующей особенностью является задерживающее (тормозящее) влияние половых желез на развитие гетеросексуальных половых признаков. Раннее развитие деятельности яичника является причиной низкого роста южных народностей ибо с наступлением половой зрелости происходит сращение эпифиза конечностей. При удалении половых желез у женщины развивается борода, усы, т. е. обнаруживают свою деятельность находившиеся в скрытом состоянии зачатки волос.

Следующим субстратом, влияющим на психополовые особенности, является чувство материнства, которое женщину сперва привязывает к кукле, затем влечет к мужчине и, наконец, получает полное оформление в материнстве.

Для женщины материнство — профессия — повторяет Липман слова М. Сусман — точно так же, как для мужчины — его творение. Пансексуализм женщины включает в себе природное и душевное влечение; первое развито более у мужчины, второе — у женщины, у которой оно проявляется в безграничной привязанности и готовности к какой-либо жертве.

Липман повторяет слова знаменитого психолога Крепелина: „Женщина с ее нежным строением (т. е. ранимостью), более слабым развитием разума (задержкой) и более сильно развитыми чувствами (материнство, пансексуализм) в состоянии оказывать меньшее сопротивление телесным и психическим травмам.“

И в полном согласии с законом тройной причинности — ранимостью, задержкой и пансексуализмом — объясняются психополовые особенности женской особи. Мысли и идеи мужчины стремятся наружу, к продуктивной работе, к творчеству; его творение приводит его к опасности самозабвения. Самые же глубокие мысли женщины замкнуты в ее душе. Ее субъективизм, несмотря на живую силу воображения, является тяжелой задержкой в великом человеческом бытии. У мужчины — ясность и объективность, у женщины — чувство, дедукция. Они друг друга дополняют. У женщины — стремление к порядку, у мужчины — к точности. Первое связано с чувством ритма, второе — с чувством долга.

#### Г. ПОЛОВОЕ ВЛЕЧЕНИЕ (*Lidido sexualis*)

В то время, как с наступлением половой зрелости половые органы развиты и вполне пригодны для функции, вторичные половые признаки более или менее также резко выражены, третичные и психополовые особенности, отмечающиеся еще в детстве, к тому времени уже носят специфические черты, — половое влечение еще может находиться в скрытом состоянии. Его нередким эквивалентом является чувство привязанности и обожания кого-нибудь из взрослых мужчин окружающей среды — несознательное, непонятное влечение к лицу другого пола. У девушек, живущих в условиях, допускающих наблюдение над половой жизнью взрослых, например, родителей или старших сестер, может пробудиться особый интерес к ней, а рассказы подруг, подогреваемые фантазией, в состоянии пробудить сладострастные



чувства. Но в огромном большинстве случаев последние еще отсутствуют при достижении половой зрелости. Близкое общение с лицами мужского пола во время танца, поцелуи — обостряют его. Многие девушки чувствуют его во всем теле, в виде стремления к ласке, объятию. Вообще, у женщин оно не концентрируется специфически в половых органах, как у мужчин. Очень многие девушки вступают в брак, совершенно незнакомые с половым чувством, развивающимся только впоследствии, по мере приобретения опыта в половых наслаждениях. Чем деликатнее в первое время мужчина и чем чувствительнее женщина, тем быстрее проявляется это чувство; чем грубее первые ласки, чем животнее, тем легче они в состоянии вызвать чувство отращения. Каждому гинекологу известно отсутствие чувства сладострастия у очень многих женщин; иногда последнее является только с беременностью или после родов. Одна молодая, вполне здоровая, женщина, мне жаловалась, что половое влечение появляется у нее только во время менструации, а в остальное время мысль о половом совокуплении вызывает у нее отвращение.

Половое влечение — могущественное, безотчетное, не поддающееся анализу, чувство влечения одного пола к другому, возникшее инстинктивно в целях самоохранения и сохранения вида (Кабанов). Уже у одноклеточных организмов оно проявляется в слиянии клеток между собою или стремлением одной клетки (мужской) проникнуть в другую (женскую). У высших животных половое влечение связано с самим существом их.

Половое влечение человека и всех млекопитающих состоит из стремления расслабления и стремления к прикосновению. Первое находит себе удовлетворение у мужчины в извержении семени, у женщины — в выделении секрета Бартолиновых желез во время оргазма (момента высшего возбуждения). Стремление к прикосновению выражается желанием приблизиться, целовать и обнимать особу другого пола. При этом у человека оно сопутствуется известным духовным сближением.

Половое влечение возникает либо под влиянием внешних впечатлений: зрительных (при созерцании обнаженного тела лица другого пола), слуховых (женский голос), осязательных,

обонятельных (запах  
деленного  
(невинности)  
бросить и  
ощущений  
половых ж

В перво  
мые нашим  
в мозг, а от  
ваниям, цен  
в височной

Половое  
на лицо др  
влечение) в

Половое  
ное половое  
ненное, иног

Под влия  
совершают с  
(мужчина) о  
специальным

Половой  
стремится пр  
производит т  
заложенные  
вого члена п  
прягается от  
сжимающему

зистой оболоч  
своей эластич  
полового член

Клиитор пр  
встречу полов  
захватывает о  
когда с одн  
а с другой сто  
шейке, проник

Сладостраст  
речным склад  
полового член



обонятельных (запах тела, привычный запах духов определенного лица другого пола), психических раздражений (невинность и стыдливость возбуждают мужчину, храбрость и сила — женщину), либо под влиянием внутренних ощущений (влияние на головной мозг внутреннего секрета половых желез).

В первом случае раздражения внешнего мира, получаемые нашими органами чувств, нервными путями проникают в мозг, а оттуда к половому аппарату. По новейшим исследованиям, центр половых представлений в мозгу находится в височной доле головного мозга.

Половое влечение наследственно и направлено всегда на лицо другого пола (гетеросексуальное половое влечение) в силу закона естественного и полового подбора.

Половое влечение к лицу одного пола (гомосексуальное половое влечение) — явление ненормальное и болезненное, иногда врожденное.

Под влиянием полового влечения две особи разного пола совершают совокупление (половой акт). Для этого самец (мужчина) обладает половым членом, а самка (женщина) специальным каналом (вагинальным).

Половой член, находящийся в напряженном состоянии, стремится проникнуть в преддверие влагалища. Головка его производит трение о головку клитора, сильно возбуждающее заложенные в нем чувствующие нервы. Затем головка полового члена проникает во влагалище, которое сильно напрягается от продвижения головки члена и благодаря сжимающему действию все более и более набухающих слизистой оболочки и пещеристых тел преддверия. Благодаря своей эластичности, влагалище приспособляется к объему полового члена.

Клитор прижимается специальной мышцей книзу навстречу половому члену, трется об него. Каждое движение захватывает обоих партнеров и ведет к той степени оргазма, когда с одной стороны (мужчины) извергается семя, а с другой стороны, благодаря несколько приоткрывшейся шейке, проникает семя в наружный маточный зев.

Сладострастные ощущения усиливаются, благодаря поперечным складкам влагалища, о которые трется головка полового члена.



Во время совокупления происходит эрекция матки: матка опускается вниз и выпрямляется; полость ее расширяется вследствие удаления стенок друг от друга. Наружный зев открывается и выделяет слизистую пробку. Возникающие присасывательные движения способствуют прониканию туда семени непосредственно из полового члена, также из сводов влагалища.

Сильнейшая степень сладострастия — оргазм — наступает у мужчины во время эякуляции, у женщины — спустя короткое время после нее. Возможен, однако, одновременный оргазм, если мужчина произвольно удлиняет половой акт.

После эякуляции половой член расслабляется и извлекается из влагалища. Половой акт закончен. У обоих партнеров наступает расслабление, приятное чувство удовлетворения. Старинная поговорка: „in amore animal ferox, post amorem animal triste“.

Сложный симптомокомплекс, называемый половой зрелостью женщины, развивается, как мы видели, не сразу и не у всех в одинаковой степени или в одно и то же время.

По выражению д-ра Рясенцева „женщина не цветок, распускающийся иногда в течение суток“.

Половая зрелость наступает постепенно, развивается годами, часто незаметно и обуславливается функционированием и взаимоотношением желез внутренней секреции; главным образом, она связана с наличием и зрелостью половых желез (яичников). Как показывает ежедневный опыт, судебно-медицинская экспертиза требуется именно в таких неясных и спорных случаях, когда потерпевшая девушка находится в возрасте, более или менее близком к половой зрелости, т. е. от 13 — 15 лет, и у нее имеются уже некоторые признаки последней, но выраженные слабо, а другие признаки еще отсутствуют или нерезко выражены. Такие случаи представляют зачастую большие трудности.

Иллюстрируем это на одном из повседневных случаев. 26-го января 192... г. гр. Варвара Дм., 46 лет, подала жалобу начальнику районной милиции на мужа своего, гр. Ивана Д. 26 лет, в изнасиловании ее 16-летней дочери от первого брака, Веры П. В заявлении было сказано, что гр. Дм. в отсутствие жены, т. е. гр. Варвары Дм., изнасиловал и растлил свою падчерицу, еще не достигшую половой зрелости. На дознании, опрошенная по существу жалобы, девица Вера П. категорически отрицала факт насилия над нею и показала, что находится по собственному желанию и согласию в половой связи со своим отчимом. Гр. Иван Д. подтвердил ее показания.

В связи с ... отпало, и оста... не достигшим ...

Для выясне... зрелости, она б...

Освидетель... заданный нам в... раст девочки в... 45 — 79,4 см., ср... средних размер... бы нам очень п... рений многочис... приблизительно... расовых, наслед...

Относительн... успокоить себя... Москвы; мать ср... тельствуемой 16 л... по 1 таблицу Шт... по внешнему ви... мышленное, разв... груди полушаро... сосковые кружк... оттенка. Живот н... (от шнурования... ным жиром. На... сколько более те... 2 см. длиною. Во... В подмышечных... тельность. Сердц... Большие половы... и малые губы. Кл... вании половой ш... имеющая нескол... влагалище свобо... щения для иссле... нов не видно. Пр... рука над лобком, л... ловые органы — м...

По словам ма... вильно менструиру... 4 дня, в первый д... Живет она по... дневно, испытыва...

На основании... гр. Вера П. дос...

В данном сл... ности, ибо все... налицо.

В других слу... можно; напри... наблюдается тш...

<sup>1</sup> Материалы п... НКЗ, 1925 г.



В связи с заявлением гр. Веры П., обвинение в изнасиловании отпало, и осталось обвинение по ст. 151 в половом сношении с лицом, не достигшим половой зрелости, сопряженным с растлением.

Для выяснения основного вопроса, — достигла ли Вера П. половой зрелости, она была направлена к судебно-медицинскому эксперту.

Освидетельствуем ее вместе с экспертом и постараемся разрешить заданный нам вопрос. Вспомним из таблицы Штефко<sup>1</sup>, что средний возраст девочки в 15-16 лет равен 151,2 — 159,6 см., окружность грудей 45 — 79,4 см., средний вес 46,6 — 51,9 кило. К сожалению, у Штефко нет средних размеров окружности или ширины бедер — данные, которые бы нам очень пригодились. Данные, полученные Штефко путем измерений многочисленных подростков, следует, конечно, считать только, приближительными, средними, и не забывать индивидуальных, расовых, наследственных и проч. особенностей.

Относительно климатических, расовых и прочих признаков можем успокоить себя: ее родители и она чистокровные русские и жители Москвы; мать среднего роста, отец, по рассказу матери, также. Свидетельствуемой 16 лет, она блондинка, ростом в 158 см. (вполне подходит по таблице Штефко), весит 49 кило 100 гр., т. е. хорошего питания; по внешнему виду правильно и хорошо сложена. Выражение лица смышленное, развитое. Общий вид тела, так наз. *habitus*, женского типа: груди полушарообразны, с хорошим слоем подкожного жира. Околососковые кружки розового цвета, сосок несколько более темного оттенка. Живот нормального вида, в области пояса несколько стянут (от шнурования юбок). Бедра округлены, с хорошо развитым подкожным жиром. На Венеринном бугорке довольно густая волосистость, несколько более темная, чем головные волосы; волосы приблизительно 2 см. длиною. Волосной покров ограничен над лобком горизонтально. В подмышечных впадинах и на больших половых губах также растительность. Сердце, легкие и другие органы нормальны. Голос высокий. Большие половые губы полные, упругие, прикрывают половую щель и малые губы. Клитор и малые губы в пределах нормы. При растяжении половой щели обнаруживается круглой формы девственная плева, имеющая несколько боковых зарубцевавшихся надрывов. Вход во влагалище свободно пропускает два пальца, без болезненного ощущения для исследуемой. Каких-либо выделений из половых органов не видно. При двуручном гинекологическом исследовании (одна рука над лобком, 2 пальца другой руки во влагалище) внутренние половые органы — матка, трубы и яичники, повидимому, нормальны.

По словам матери и исследуемой, последняя в течение года правильно менструирует (крови приходят каждые 4 недели и продолжаются 4 дня, в первый день она ощущает боли внизу живота).

Живет она половой жизнью в течение 2-х месяцев, иногда ежедневно, испытывает при этом приятное ощущение.

На основании исследования дано было заключение, что гр. Вера П. достигла половой зрелости.

В данном случае решение вопроса не представляло трудности, ибо все главные признаки половой зрелости были налицо.

В других случаях оно гораздо труднее или вовсе невозможно; например, когда при существующей менструации наблюдается тщедушный вид, малый рост, общее слабосилие

<sup>1</sup> Материалы по физическому развитию детей и подростков. Изд. НКЗ, 1925 г.



и недоразвитость груди. Если такой девушке, по виду ребенку, — 13-14 лет, то мы со спокойной совестью можем заявить, что она половой зрелости не достигла. То же самое затруднение представляют другие случаи, когда вторичные половые признаки налицо, а менструации еще не было. Но если девушке лет 15-16, то вопрос становится очень щекотливым.

В деле гражданском, если бы нас спросили, разрешим ли брак (напр., при потере документов), то мы бы со спокойной совестью посоветовали повременить несколько месяцев, обратив внимание тем временем на усиленное питание, физкультуру и проч. Но в деле уголовном, когда решение связано с возможностью определенного приговора, следует быть весьма осторожным. Быть может, в некоторых случаях посоветуем сделать рентгеновский снимок эпифиза, помня, что заращение или незаращение эпифизарных швов является лишь подсобным признаком.

Необходимо знать и помнить, что бывают, вследствие медленного наступления половой зрелости, случаи пограничные, когда нельзя высказаться с определенностью. Эксперту тогда остается со спокойной совестью, рискуя навлечь на себя неудовольствие судьи или следователя (юристы, как известно, не любят неопределенных ответов, к каковым обязанность наша их приучить), заявить, что на основании исследования нельзя дать определенного заключения.

Следует не забывать также, что мы, судебные врачи, основываясь исключительно на объективных данных, не вправе придавать особого значения заявлению о существующей или отсутствующей менструации: и то, и другое заявление может быть ложно, если ложь выгодна заявителю.

Рассмотрим другой случай:

Гр. Матрена К., 13 $\frac{1}{3}$  лет, пришла на прием в сопровождении воспитательницы трудовой школы. По словам последней, девочка сожительствует с мужем своей сестры. Требуется установить этот факт. Свидетельствуемая небольшого роста, нормального сложения. Общий вид — подростка. Грудные железы развиты удовлетворительно. Волосы на лобке и в подмышках. Девственная плева бахромчатая, растянута, свободно пропускает один палец. Разрывов нет. По словам девочки и воспитательницы, девочка менструирует в течение года правильно, с 4-х недельными промежутками. Заключение эксперта: девственная плева не повреждена, но растянута. Форма ее допускает половое сношение без разрыва.

Эксперт о  
вой зрелости  
сили. Девуш  
на менструа  
в конце, а в

К сожален  
частичной  
напрашивает  
достигла поло

В психиатр  
граничного со  
душевном со  
смысле слова.  
лости также су  
не любит рез

В каждом  
вой связи с де  
буется еще у  
жертву зрелой  
освидетельство  
мужчина, обра  
его 11-12-лет  
Но бывает ина

Один прапо  
повидимому, пр  
7 лет, а на сл  
одного дома —  
к эксперту с пр  
которых 20-лет  
на кровать и са  
крик и выбежа  
мальный". Не с  
(или ее родных  
насилия. Извест  
или старый вид  
явиться в том ж

Я не могу о  
дозревания поло  
дому гинекологу  
подростков, кото



Эксперт обошел молчанием щекотливый вопрос о половой зрелости, тем более, что его об этом почему-то не спросили. Девушка не производила впечатления зрелой, несмотря на менструацию. Последняя, повидимому, наступила не в конце, а в начале полового созревания.

К сожалению, в нашем законодательстве нет понятия частичной половой зрелости. Во многих случаях просто напрашивается заключение, что „свидетельствуемая не вполне достигла половой зрелости“.

В психиатрии давно уже пробил себе дорогу термин пограничного состояния, когда нельзя говорить о нормальном душевном состоянии, но и о душевной болезни в полном смысле слова. Необходимо признать в вопросе половой зрелости также существование пограничного состояния. Природа не любит резких переходов.

В каждом случае, когда предъявляется обвинение в половой связи с девушкой, не достигшей половой зрелости, требуется еще установить, мог ли обвиняемый считать свою жертву зрелой в половом отношении. Для этого требуется освидетельствование обвиняемого. Если последний взрослый мужчина, образованный и психически нормальный, а жертва его 11-12-летняя девочка, еще ребенок, то вопрос ясен. Но бывает иначе.

Один прапорщик старой армии, у которого начинался, повидимому, прогрессивный паралич, изнасиловал девочку 7 лет, а на следующий день 60-летнюю старуху. Соседи одного дома — отец и мать разных семей — обратились к эксперту с просьбой исследовать их дочерей 7 и 9 лет, которых 20-летний сосед завлек к себе в комнату, положил на кровать и сам стал раздеваться. Испуганные дети подняли крик и выбежали. По словам отца, их сосед „не совсем нормальный“. Не следует забывать расспросить потерпевшую (или ее родных), в каком платье она находилась в момент насилия. Известно, насколько платье придает более молодой или старый вид. В спорном случае следует предложить ей явиться в том же платье.

Я не могу обойти молчанием давно известного факта дозревания половых признаков во время беременности. Каждому гинекологу приходилось видеть девушек, на вид еще подростков, которые на втором-третьем месяце беременности



сделались неузнаваемыми: в полном смысле слова расцвели. Что подобный случай может встретиться в практике, свидетельствует экспертиза, любезно сообщенная д-ром Рясенцевым. Некто лишил девственности молодую девушку, которую нельзя было считать зрелой. Девушка забеременела. Видевший ее через два месяца спустя д-р Рясенцев был поражен пышным развитием всего ее тела: из девочки она превратилась в зрелую женщину. Когда она предстала перед судом, никто не хотел поверить, что всего 2 месяца тому назад она еще была „не достигшей половой зрелости“.

#### Д. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ПОЛОВАЯ ЗРЕЛОСТЬ

(Pubertas praecox)

Мы уже говорили о роли желез внутренней секреции в процессе полового созревания. Под этими железами мы понимаем органы с железистым строением, не имеющие выводного протока и передающие продукты своей жизнедеятельности непосредственно в кровь. К таким железам внутренней секреции, или эндокринным органам, принадлежат: щитовидная, вилочковая железы, надпочечники, мозговой придаток, шишковидная железа и др. Некоторые железы, незначительные по своему размеру, представляют собою жизненно необходимые органы. Эндокринные органы продуктами своей секреции оказывают друг на друга и на другие органы и ткани определенные действия. Некоторые эндокринные органы вызывают противоположное действие, т. е. являются антагонистами, причем антагонизм проявляется лишь по отношению к определенной функции, а в других отношениях они могут быть органами аналогичными. Например, шишковидная и вилочковая железы задерживают половое развитие, т. е. являются антагонистами половых желез. Ко времени наступления половой зрелости обе железы уменьшаются и ослабляют свои функции, а половые железы, напротив, проявляют особенную активность. Выпадение функции шишковидной железы ведет к быстрому развитию половых признаков. У петухов, лишенных посредством операции шишковидной железы, наблюдалось быстрое половое развитие (пение, половой инстинкт, гребешек). У одного маленького мальчика наблюдалось: ненормальный рост в длину, необыкновенный рост волос, преждевременное раз-

витие полов

При вскрытии  
железы. Раз  
процессом  
ческой и пси

Иногда п  
ждается дефе

Веребел

6-ти летняя  
вполне норма

и другие при

зительно на

были груди

тканью; окол

и в подмыш

Большие пол

через кругло

беспрепятств

чалась своеоб

матка, как у

левого яични

опухоли прои

ация прекрати

груди уменьш

ский вид, соот

Случаи ги

отмечены так

почечников. В

ное ожирение

лица. Но иногда

обнаружить, и

раннего полов

Wehefritz о

10 с половино

бенка весом в

напоминал 18-

ствовало ее де

ства внутренне



витие половых органов и полового чувства и низкий голос. При вскрытии в мозгу обнаружена опухоль шишковидной железы. Разрушение шишковидной железы болезненным процессом ведет, повидимому, к преждевременной физической и психической зрелости.

Иногда преждевременное физическое развитие сопровождается дефектами интеллекта, слабоумием.

Веребели описал случай женской ранней зрелости. 6-ти летняя девочка до 5-летнего возраста развивалась вполне нормально. Затем появилась правильная менструация и другие признаки половой зрелости. Ребенок был приблизительно на 10 см. ростом выше своих сверстников. У него были груди величиною в лимон с развитой железистой тканью; околососковые кружки пигментированы. На лобке и в подмышечных впадинах была густая растительность. Большие половые губы были полные, влагалище широкое, через круглое отверстие девственной плевы можно было беспрепятственно ввести палец. Голос был низкий. Отмечалась своеобразная кокетливость. У девочки была большая матка, как у взрослой женщины, и злокачественная опухоль левого яичника (саркома). После оперативного удаления опухоли произошло обратное половое развитие: менструация прекратилась, волосы на лобке и под мышками выпали, груди уменьшились, девочка приобрела нормальный детский вид, соответствующий ее возрасту.

Случаи гипергенитализма (сверх - полового развития) отмечены также при опухолях мозгового придатка и надпочечников. Всем этим случаям свойственно довольно сильное ожирение и общий вид зрелого в половом отношении лица. Но иногда заболевание эндокринных органов не удается обнаружить, и остается лишь допустить наличие первичного раннего полового развития неизвестной причины.

Wehefritz описал девушку, забеременевшую в возрасте 10 с половиною лет. Она родила на 12 году жизни ребенка весом в 3700 гр. и длиною в 51 см. Общий вид ее напоминал 18-20-летнюю, но умственное развитие соответствовало ее действительному возрасту. Симптомов расстройства внутренней секреции не удалось обнаружить<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Monatschr. f. Geb. u. Gyn., т. 63, кн. 4-5, 1925 г.



Нередко таких преждевременно зрелых детей можно видеть в провинциальных музеях и кунсткамерах, где они показываются за деньги.

Судебно-медицинское значение этих случаев заключается в возможности половых преступлений над такими особами, причем их партнеры легко могут впасть в ошибку, приняв ребенка за зрелую девушку. Тем более, что, вследствие полового влечения и часто сопутствующего слабоумия, эти дети сами подают повод.

#### Е. ПОЗДНЯЯ ПОЛОВАЯ ЗРЕЛОСТЬ (Pubertas tarda)

Явление, противоположное ранней половой зрелости, представляют виды гипогениализма (половое недоразвитие, задержка полового развития, инфантилизм). Они не лишены научного интереса и зависят от недоразвития половых желез или от чрезмерного развития их антагонистов. Девушка в 18-20 лет производит впечатление ребенка или только начинает развиваться. Вторичных половых признаков еще нет. Матка инфантильна, с длинной и узкой инфантической шейкой. Своды влагалища коротки и узки. Растительности и груди нет. Половое влечение отсутствует. Часто умственное недоразвитие, недоразвитие костной системы и узость аорты. Такие женщины обычно остаются бездетными. Но менструация может быть, чаще же она отсутствует или неправильна. Состояние инфантилизма можно вызвать искусственно посредством удаления половых желез до наступления половой зрелости. Тогда половой аппарат отстает в развитии. Хотя матка и трубы зарастают до известной степени, но остаются инфантильными. В матке мышечный слой развивается слабо, железы слизистой оболочки почти отсутствуют. Halban'у удалось при помощи пересадки удаленных яичников под кожу добиться последующего развития матки и других половых органов. Так, у кастрированных крыс, которым одновременно пересаживались яичники под кожу живота или в брюшную полость, матка развивалась нормально.

Мы уже говорили о том, что половые органы женщины оказывают задерживающее влияние на рост скелета, потому что с половой зрелостью происходит заращение и обизвествление эпифизарных костей. Благодаря этому, дальнейший рост конечностей приостанавливается. Более ранняя половая

зрелость объясняется  
над нижней; небольшие  
в связи с их ранним со-  
вотных пород также  
созревание хлорофилла  
в их короткоостности  
швов. Таким образом,  
симость костной системы  
ленный рост костей в



зрелость объясняется преобладанием верхней части тела над нижней; небольшой рост южанок стоит, несомненно, в связи с их ранним созреванием. У рано созревающих животных пород также имеются короткие конечности. Раннее созревание хлоротичных (малокровных) девушек сказывается в их коротконочности и раннем исчезновении эпифизарных швов. Таким образом, не подлежит сомнению тесная зависимость костной системы от половых желез. Напротив, усиленный рост костей в длину — симптом гипогенитализма.



## II. ДЕВСТВЕННОСТЬ И РАСТЛЕНИЕ

А. Совокупление в юридическом смысле. Б. Признаки бывшего совокупления В. Признаки девственности. Г. Расхождение экспертизы. Д. Особенности изнасилования детей Е. Изменения и разрывы половых органов, сопутствующие совокуплению. Ж. Доказательства извержения семени.

В практике большого города часто встречаются случаи, когда приходится устанавливать девственность женщины. Количество таких случаев значительно возросло за последние годы и у нас, и за границей<sup>1</sup>.

Установления девственности раньше требовались в бракоразводных делах, когда наличие неповрежденного гимена свидетельствовало о неспособности мужа выполнять принятые на себя браком супружеские обязанности. В других случаях, девственность может служить признаком „хорошего поведения“. Жилищная нужда, особенно ощущаемая в больших городах (не только у нас, но и в других государствах Европы), и вынужденное сожительство несколько друг другу чуждых по нраву, образу жизни, воспитанию и интересам семей порождают поток взаимных обид и оскорблений словами и действием.

Для московской судебно-медицинской практики, например, чрезвычайно характерны следующие случаи: соседки по квартире спорят друг с другом; одна называет другую „нехорошими словами“ (проституткой). Оскорбленная подает жалобу в милицию. Милиция направляет „потерпевшую“ к судебно-медицинскому эксперту (очевидно, для выяснения степени обоснованности такого оскорбления). Судебно-медицинские эксперты изо дня в день свидетельствуют таких оскорбленных и выдают справки милиции или по требованию суда. Иногда сущностью оскорбления является публичное „опорочение“ указанием, что такая-то особа живет

<sup>1</sup> Etienne - Martin, Journ. de med. de Lyon. № 141, 1925 г.



половой жизнью с тем - то, и т. п. Конечно, „опороченная“ принадлежит всегда к женскому полу. Очень часто эксперту, действительно, удается констатировать девственность, и обрадованная свидетельствуемая уходит от врача удовлетворенной. Но не менее часто оскорбленная оказывается особой, живущей половой жизнью, и выдача справки о девственности исключается.

Бывали курьезы, когда, слыша от врача неблагоприятный для себя ответ, посетительница просит дать справку хотя бы в том, что она... немного жила половой жизнью. Конечно, ей отказывают и в такой справке.

Разумеется, нет никакого смысла, в случае словесных оскорблений, обращаться к судебному врачу; если она жила половой жизнью, — а это не возбраняется лицам, достигшим половой зрелости, и не является признаком проституции, — то исследование ничего не в состоянии дать. Оскорбленная является тогда вдвойне морально потерпевшей. Установление занятия проституцией производится другими, не медицинскими путями.

Бывают и такие курьезы: 60-летняя старуха, давно потерявшая месячные, обращается с просьбой выдать ей справку в том, что она более неспособна к половой жизни. Из расспросов выясняется, для какой цели ей нужна такая справка. Она служит вместе с другой старухой прислугой в одной квартире, другая прислуга „оскорбила“ ее, сказав, что она „живет с ночным сторожем“, который их иногда посещает, и „отбивает его у жены“. В качестве веского доказательства своей неспособности к половой жизни, старушка рассказывает, что, вследствие одиночества, она хотела еще в прошлом году сойтись с кем-то, чтобы получить угол (уют), „попробовала было, но... не вышло“. Половые органы ее оказались старчески атрофированными.

Если подобные случаи, близко затрагивая заинтересованных, нам кажутся несколько малоценными, несерьезными, то того же нельзя сказать о другой категории случаев, когда требуется определение девственности или бывшего совокупления. Эта категория касается самых возмутительных преступлений против половой неприкосновенности женщины, часто детей. Здесь представитель более сильной половины человечества — мужчина выявляет инстинкты человека - зверя: я имею в виду изнасилование.



Особы женского пола при всяком возрасте не застрахованы от покушений на изнасилование: насилуют грудных младенцев и глубоких старух, красивых и уродливых, здоровых и больных, пьяных и трезвых, спящих и бодрствующих.

Конечно, нельзя забывать, что жалобы на изнасилование иногда являются предлогом для сокрытия добровольной связи, целью вымогательства или мести.

В дневнике одной интересной, жизнерадостной молодой особы, покончившей впоследствии самоубийством, подробно описаны ночи, проведенные с разными поклонниками в одной постели, причем она ни разу никому не отдалась. Когда я этот дневник показал другой молодой даме, замужней и имеющей ребенка, она совершенно спокойно заявила: „Что-же, это все так естественно. Редкая женщина до замужества не бывала в таком же положении“.

Д-р Джемс Брок, бывший перед войною городским акушером в Петербурге, в интересной статье<sup>1</sup> вспоминает следующий случай из своей практики. Один тридцатилетний молодой человек, интеллигент, был в близких отношениях с девушкой несколько старше двадцати лет. Лежа вместе в кровати, они обнаженными половыми органами прикасались друг к другу. До нормального совокупления дело не доходило, вследствие противодействия своей партнерши, которая крепко сжимала бедра, говоря: „Силою со мною не справиться“. Но однажды, вследствие слабого сопротивления, половой член проник во влагалище, и произошел нормальный половой акт. После этого молодые люди случайно не виделись несколько месяцев. При первой встрече девушка рассказала, что она помирилась со своим бывшим женихом, с которым была в ссоре, и собирается выйти за него замуж. Затем она наивно добавила: „Вот видите, как хорошо, что между нами не произошло ничего серьезного, я никогда не допускала полового сношения. У меня, по крайней мере, в отношении моего жениха совесть спокойна“. „Эти слова“, говорит д-р Брок, „очень показательны для женской логики и мышления. Совокупление не должно было иметь места, и оно было забыто,

<sup>1</sup> Notzucht und Notzuchtversuch. D. Z. f. d. ges. ger. Med., т. 9. кн. 6, май 1927 г.



удалено из памяти путем самовнушения, причем ставились на вид доброе поведение и оказанное сопротивление. Если бы того требовали другие обстоятельства, например, если бы действительно бывшее совокупление стало другим известно, например, ее бывшему жениху, и девушка должна была оправдаться, то весьма возможно, что она пожаловалась бы на изнасилование". Сопротивление, надломленное усилиями мужчины, с которым она добровольно лежала в кровати, представилось бы в ее воображении в виде изнасилования.

Я не стану приводить тех анекдотических примеров ложного обвинения в изнасиловании, когда женщина пошла с мужчиной в „семейные бани“ и затем подала жалобу на изнасилование, или того случая, когда на вопрос потерпевшей, почему вы не кричали, когда вас насиловали, — последовал ответ вроде: „я стыдилась“, или „мне уже стало приятно“, — но что возможны самые неожиданные обстоятельства в этой таинственной области полового общения, при котором никогда не бывает свидетелей, напоминать не приходится.

Тот же д-р Брок в цитированной мной статье приводит другой случай, имеющий криминологическое значение. Спрашивается, можно ли говорить об изнасиловании, если в деле имеются указания на искусственное раздражение женщиной полового члена импотентного изнасилвателя. Оказывается, и такие примеры бывают. В спокойной дачной местности под Петербургом жил до войны ремесленник с семьей. Однажды зимою, поздним вечером, на возвращавшуюся со станции жену ремесленника (проводившую брата на станцию), слабую и тщедушную 30-летнюю женщину, напал 28-летний здоровенный мужчина — дачевладелец, бросил ее по дороге в снег, поднял платья, разорвал белье и пытался совершить совокупление, но... не было эрекции полового члена. Тогда он повлек женщину на другую нежилую дачу, помучился над нею и тоже тщетно. Затем он потащил ее позади конюшни и велел раздражать свой член. Из боязни она все делала, но член был влажен, мягок, возбуждения не было. Тогда он затащил ее на балкон, где ему удалось, наконец, совершить половой акт. В 5 часов утра измученная женщина возвратилась домой. Исследование 5 дней спустя обнаружило раздражение



половых органов и появление белей. Бедная женщина опасалась, главным образом, беременности и задала врачу вопрос: неужели по закону она должна выдерживать срок полной беременности, навязанной ей таким чудовищем. Ее опасения, к счастью, были напрасны: она не забеременела. На судебном заседании ночной сторож, вызванный в качестве свидетеля, заявил, что он видел лежавшую по дороге пару. Узнав в мужчине дачевладельца, известного в околосудебном хулигане, он счел наилучшим для себя удалиться. Преступник был осужден к пятилетнему тюремному заключению.

#### А. СОВОКУПЛЕНИЕ В ЮРИДИЧЕСКОМ СМЫСЛЕ

От эксперта требуется доказательство девственности или бывшего совокупления, времени его совершения, оценка обстоятельств, при которых оно было совершено (изнасилование, использование беспомощного состояния и проч.) и возможных последствий (повреждений, нервного расстройства, заражения, беременности и проч.).

Советское законодательство предусматривает следующие виды противозаконного полового совокупления: изнасилование, половые сношения и развратные действия с лицами, не достигшими половой зрелости, сводничество и заражение венерической болезнью.

Под совокуплением (coitus), или половым актом в физиологическом смысле разумеется введение полового члена во влагалище женщины и извержение семени. Само собою разумеется, в юридическом смысле для изнасилования достаточно только введение полового члена. Причем одними юристами и экспертами под введением члена понималось введение во влагалище, т. е. за границу преддверия, через отверстие девственной плевы, а по мнению других — совершенно не требуется обязательного введения во влагалище, а у девственниц — еще нарушения гимена: достаточно только введения полового члена мужчины в женские половые органы, вообще, в половую щель.

Наберга правильно указывает, что следует различать понятие совокупления в гражданском и уголовном смысле. Если, как это практикуется за границей, установление совокупления необходимо в бракоразводных делах, когда супруг жалуется на половую неспособность (импотенцию) мужа



и требует развода, то здесь под совокуплением, как акте добровольном и желательном для обеих сторон, достигших половой зрелости, следует понимать введение напряженного полового члена во влагалище женщины. В уголовных же делах при насильственной попытке совокупления женщине вменяется в обязанность в нормальных условиях обороняться и сопротивляться, вследствие чего дело до полного совокупления может не дойти. У незрелых же девочек и детей половые части до того узки, что вообще без повреждения не допускают проникания члена во влагалище. При таких условиях требование полного совокупления в физиологическом смысле повело бы к безнаказанности многих половых насилий и развратных действий над детьми. Поэтому нам следует всецело присоединиться к тому определению понятия совокупления, какое дано законодательством Соединенных Штатов Северной Америки. Там совокуплением считается введение члена в половые органы женщины.

#### Б. ПРИЗНАКИ БЫВШЕГО СОВОКУПЛЕНИЯ

Для распознавания бывшего совокупления руководствуются:

- 1) анатомическим состоянием половых органов, 2) наличием последствий совокупления (заражения, беременности) или 3) доказательством извержения семени.

#### В. ПРИЗНАКИ ДЕВСТВЕННОСТИ

При первом совокуплении происходит лишение женщины девственности, или так называемое растление. Признаками девственности считаются: упругость больших половых губ (у лиц, достигших, конечно, половой зрелости), прикрытие ими малых половых губ, узкий вход во влагалище, узкое складчатое влагалище и неповрежденная девственная плева.

Упругость и плотное прилегание друг к другу больших губ — признаки здоровья, молодости, хорошей упитанности и характерны для молодого возраста. При истощении или в старости жировая клетчатка атрофируется, ткани расслабляются, губы сморщиваются, отвисают, теряют эластичность и открывают половую щель. Поэтому, признак упругости и плотного прилегания губ является весьма относительным.



Этот признак может существовать и у лиц, продолжительное время живущих половой жизнью, и, с другой стороны, — отсутствовать у девственниц, болезненных и худощавых.

Малые губы сохраняют нежность, влажность и цвет слизистой оболочки, будучи защищены от внешних раздражений (воздух, высыхание) плотно прилегающими большими губами. Если последние теряют упругость и отстают друг от друга, то малые губы грубеют, становятся более сухими и пигментированными, как бы покрываясь ороговевшим слоем (эпидермисом). Это встречается не очень редко у пожилых, в особенности истощенных девиц. От механических растяжений и онанизма малые губы в состоянии вытянуться. Однако, удлиненные малые губы часто врожденны и ничего не имеют общего с онанизмом. Длина малых губ различна у разных лиц; нередко они представляют собою низкую кайму.

Влагалище от неоднократных половых сношений растягивается, складки несколько сглаживаются; но эти признаки весьма относительны, и ими следует пользоваться с большой осторожностью. Мне приходилось исследовать многих замужних женщин, у которых влагалище было очень узко, и при исследовании одним пальцем чувствовалось сжатие последнего. Только после родов — срочных или преждевременных — влагалище значительно растягивается и сглаживается.

Наличие неповрежденной девственности плевы всегда считалось важнейшим признаком девственности („невинности“). В жизни это так и есть. В судебно-медицинской же практике, где заключение эксперта является важнейшим видом судебного доказательства, от которого часто зависит приговор суда, т. е. жизнь и судьба зачастую нескольких лиц, следует отрешиться от шаблонного мнения, существующего на этот счет.

Девственная плева, как указано было в пред. главе (см. анатомию женских половых органов), имеет весьма различную форму, плотность, эластичность и ширину ободка<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Etienne - Martin (Journ. de med. de Lyon. № 141, 1925 г.) даже говорит, что каждая женщина имеет особенную, только ей свойственную форму гимена.



Основной формой считается кольцевидная, а все прочие формы являются ее видоизменениями. Кольцевидная девственная плева представляет собою тонкую складку слизистой оболочки на границе входа во влагалище, всюду одинаково широкую, с круглым отверстием в центре. Отверстие обычно лежит несколько выше центра. Если ободок кверху с обеих сторон суживается, то получается полулунная (серповидная) девственная плева, причем края могут даже не сходиться друг с другом.

Отверстие бывает различной величины, в большинстве случаев у взрослой женщины оно пропускает конец пальца, а при осторожном растягивании и весь палец, без повреждения краев гимена. В других—противоположных случаях—отверстие может быть незначительным, едва пропускать тонкий карандаш или зонд.

Если продольный размер отверстия длиннее поперечного, то получается губообразный гимен. Иногда свободные края отверстия имеют выемки, которые можно ошибочно принять за разрывы. Такая девственная плева называется бахромчатой. Выемки часто наблюдались на детских трупиках, при переходе средней трети плевы в верхнюю (Гофман).

Такие врожденные выемки обычно симметричны. Глубина их различна. Если она идет до основания, то получается лопастная форма девственной плевы. Если выемки многочисленны, очень тонки и длинные, как зубцы пилы или реснички, то получается *hymen fimbriatus*. Не особенно редко через отверстие гимена идет продольный мостик — *hymen septus*; редко он идет в косом и еще реже в поперечном направлении. Толщина мостика различна, в соответствии с нею величина обоих отверстий. Иногда имеются лишь зачатки или остатки такого мостика в виде двух идущих по направлению друг к другу, спереди и сзади, узких лопастей.

Иногда, крайне редко, гимен представляет собою сплошную перепонку с несколькими мелкими отверстиями — решетчатая форма (*hymen cribrosus*).

По мере приобретения опыта, у судебного врача проходит множество форм с крайним разнообразием в подробностях.



В любом учебнике судебной медицины и гинекологии представлено несколько форм, причем нет двух совершенно одинаковых.

Классификации гимена, предложенные отдельными авторами, имеющими огромный опыт в исследовании, тем не менее очень поверхностны и субъективны и лишены строго научного основания. Поэтому следует приветствовать попытку классификации падуанского судебного медика Amedeo Della Volta<sup>1</sup>, основанную на эмбриологическом изучении гимена. Тщательными гистологическими исследованиями А. Д. Вольта обнаружил, что у зародышей в 16—18—20 см. длины влагалище еще спереди закрыто со стороны клоаки (см. лекцию о гермафродитизме), т. е. общей полости, в которую открываются мочеполовые и кишечный каналы.

В это время правый и левый Мюллеровы протоки (см. развитие половых органов) в средних частях уже соединены и образовали матку и влагалищную полость. Нижний слепой конец их соединен соединительно-тканым образованием, для которого Вольта предложил название гименальной шпору. Шпора имеет направление спереди назад. От дальнейшего изменения ее и обратного развития зависит форма гимена. Если мы проведем перпендикулярный разрез через нижний конец Мюллеровых протоков, то получим соединительно-тканную перегородку, в которой заложены просветы Мюллеровых каналов. Такой разрез Вольта называют гименальным диском. Соединительно-тканые элементы диска образуют шпору. После слияния обоих Мюллеровых протоков и прободения их наружу из диска образуется девственная плева. Вольта различает следующие типичные формы:

1) Hymen imperforatus (непрободенная д. пл.): остановка нормального развития конца Мюллеровых протоков, отсутствие процесса прободения.

2) Hymen septus (перегородчатая д. пл.): шпора остается в виде перегородки, которая может подниматься выше, на влагалище; тогда получается двойное влагалище.

3) Hymen subseptus (прерванная перегородка д. пл.): остатки перегородки в виде двух лопастей, приближающихся друг к другу.

4) Hymen appendicularis (д. пл. с отростками): остатки шпору в виде отростков.

5) Hymen carinatus (д. пл. с срединным выступом): девственная плева выдается вперед.

6) Hymen semilunaris (полулунная д. пл.): шпора атрофируется в боковых частях.

7) Hymen duplex (двойная д. пл.): поперечной перегородкой гимен делится на переднюю и заднюю половину; аномалия развития вследствие деления первичного зачатка гимена.

Бахромчатую девственную плеву Вольта не считает типичной формой и объясняет ее следующим образом: от недостаточного образования эпителия соединительно-тканые сосочки гимена теряют свое трофическое равновесие и разрастаются в виде бахромок. В других случаях соединительная ткань развивается недостаточно и образует выемки краев гимена, похожие на надрывы, надрезы или зарубки. Выемки могут быть многочисленны и поверхностны и придавать гимену зубчатый или пилообразный вид (hymen denticularis) либо их немного, но они более глубоки (лопастная девственная плева, hymen lobatus). Зарубки редко идут до основания гимена и весьма часто симметричны. Вследствие атрофического процесса в соединительно-

<sup>1</sup> Morphogenetische Klassifikation des Hymens. D. Z. f. d. ges. ger. Med. т. 6., кн. 4. 1925 г.



тканной основе гимена могут образоваться мелкие отверстия, придающие ему решетообразный вид (*hymen cribrosus*)<sup>1</sup>.

По консистенции встречаются толстые и тонкие, плотные, мясистые и сухожильные гимены. Иногда приходится их разрезать или удалять оперативным путем, так как они препятствуют совокуплению. У некоторых диких народностей существуют специалистки, проделывающие эту операцию особым деревянным инструментом до свадьбы. В других случаях гимен тонок, почти прозрачен; сочен, полнокровен, либо малокровен.

Форму и консистенцию гимена легче всего рассмотреть, если оттянуть малые губы кверху и кпереди и одновременно в сторону. Растяжимость гимена зависит от его гистологического строения. Тонкие, перепончатые и высокие легко разрываются при первом совокуплении. Более толстые и мясистые выдерживают более сильный натиск, часто не поддаваясь разрывам даже после повторных совокуплений.

Большинство гименов, содержащих соединительно-тканые и гладкомышечные волокна, растяжимы, в чем можно убедиться, введя конец пальца и осторожно просовывая его вглубь влагалища. В нормальном положении девственная плева лежит довольно свободно, напрягаясь лишь при растягивании входа во влагалище либо при сильном разведении бедер.

Неповрежденная девственная плева является весьма ценным признаком девственности, но все же не вполне надежным. Отрицательный результат исследования (отсутствие надрывов) не абсолютно доказателен. Классический пример описан в свое время Parent-Duchatelet: у одной 51-летней проститутки, с 15-летнего возраста предававшейся этому ремеслу, наружные половые органы и плеву можно было принять за девственные. Такие случаи — редкие исключения. Девственная плева может остаться целой, если половой член не вводится во влагалище, а в преддверие его, причем изверженное семя, тем не менее, может проникнуть во влагалище и матку и вызвать оплодотворение.

При изнасиловании детей половой акт, вследствие узости входа во влагалище, обычно заканчивается в преддверии, и гимен остается неповрежденным. В других случаях, у взрослых

<sup>1</sup> Parisot P. и L. (Gaz. d. hôp. civ. et mil. 1924 г. № 50) нашли первые зачатки гимена у плодов длиною в 15—20 см. в виде двух боковых выступов из клоаки. В своей примитивной форме гимен представляет собою две губы, разделенные щелью. По мнению авторов, от губовидной происходят другие формы.



вследствие особой растяжимости, гимен при полном совокуплении не разрывается, а лишь растягивается. Если мы находим малое отверстие или мало-растяжимую девственную плеву, то можно определенно исключить проникновение полового члена взрослого мужчины во влагалище. Наоборот, мы не в праве исключить нормального совокупления, если девственная плева растяжима или растянута, а узкий низкий край и широкое отверстие допускают введение пальца без чувства стягивания его.

При лопастной форме гимена отдельные участки его отодвигаются и допускают половой акт часто без нарушения целости. Мне неоднократно приходилось видеть замужних бездетных женщин с неповрежденной девственной плевой, несмотря на нормальную половую способность мужа. Некоторые из них обращались ко мне с вопросом, чем объяснить такое явление, озадачившее их супругов. Одна из них рассказала, что у ее старшей сестры и матери наблюдалось то же явление, т. е. „отсутствие крови“ в брачную ночь, при несомненной девственности. Я никогда не слыхал о подобном семейном или наследственном предрасположении, но это очень интересно.

Разрывы гимена. Подобные случаи, являющиеся редкостью, не могут уменьшить значения ценности неповрежденной девственной плевы, которая, как правило, разрывается при первом совокуплении. Разрыв начинается от свободного края и идет на различную глубину, часто до основания плевы. От свойства плевы и размера мужского члена зависит образование одного, двух или больше разрывов. По Тардье, губообразная девственная плева разрывается в области нижнего мостика, образуя две вертикальные лопасти; полулунная рвется в двух боковых местах, образуя треугольный лоскут, а кольцеобразная разрывается на несколько лоскутьев. Перегородчатая плева иногда разрывается в одной половине, если перегородка прочна и выдерживает натиск. При последующих совокуплениях могут разорваться края другой половины, если туда проникает пенис. Как сказано, перегородка может продолжаться на всем протяжении влагалища, образуя двойное влагалище, и даже выше в полость матки, образуя двуполостную матку. Муж одной такой женщины, по словам ее, любил поочередно



совокупляться то через одно, то через другое влагалище. Природа, в виде особой привилегии, наделила его, так сказать, двумя законными женами в одном образе.

Свежие разрывы плевы распознаются не трудно: они сопровождаются реактивно-воспалительными явлениями. Во время разрыва происходит незначительное кровотечение, которому в общежитии придается такое огромное значение. Наступление его в брачную ночь служит доказательством девственности невесты. Окровавленная рубашка молодой супруги у некоторых народов еще сейчас показывается после свадьбы родным и знакомым, как символ чести дома. В действительности же, как мы видели, плева далеко не всегда разрывается от первого раза, и кровотечения в этих случаях не бывает. Размер кровотечения зависит от величины разрыва, обилия сосудов плевы и способа совершения полового акта (грубого или более деликатного). Обильное кровотечение встречается редко. Иногда последнее становится даже опасным для жизни и требует немедленной хирургической помощи. Мне два раза пришлось наблюдать подобное совокупление.

Первый раз — еще студентом-практикантом в Боннской акуш. гинек. клинике в 1909 году, за бытность покойного профессора Фрича; второй раз в — Москве.

В первом случае в клинику рано утром привезли после брачной ночи истекшую кровью женщину. Проснувшись, она заметила, что плавает в крови. Муж отвез ее немедленно в клинику. Кровотечение произошло из мелкой разорванной артерии плевы.

Во втором случае пациентка сама пришла в клинику на утренний прием, плотно подвязанная пропитанными кровью тряпками. Отдельного кровоточащего сосуда не видно было; пришлось зажать кровоточивые края разрывов и наложить швы, которые она довольно терпеливо перенесла.

Бордман (см. у Гофмана) передал случай смертельного истечения кровью из разрывов гимена в брачную ночь одной женщины, происходившей из семьи гемофиликов (лиц, страдающих кровоточивостью). Интересно, что эта женщина переносила менструацию, повидимому, без особого вреда. Я также видел девушку, страдавшую гемофилией у которой маленькая царапина требовала продолжительного лечения, а удаление зуба чуть не закончилось истечением крови. Тем не менее, менструация протекала у нее почти нормально, вероятно, вследствие особых свойств слизистой оболочки матки.



Вообще, кровотечение от разрыва девственной плевы незначительно, вследствие скудости сосудов и преимущественно поверхностных разрывов. В тех случаях, когда слишком плотная плева препятствовала сокоуплению и требовалось хирургическое расширение входа, при операции кровотечение также оказывалось незначительным.

Заживление разрывов продолжается, в зависимости от их размеров, от 2 до 7 дней. Наличие в первые дни припухлости и красноты надорванных краев и незначительного слизисто-кровянистого выпота облегчает нахождение места разрыва и доказывает свежесть его. Суб'ективно присоединяется легкое чувство жжения, особенно после мочеиспускания, и некоторая неловкость в походке. После заживления образуется белесоватый рубец. Разорванные края плевы никогда вновь не срастаются. Иногда рубец трудно отличить от врожденной выемки или лопасти. В характерных случаях при глубоких разрывах находят белесоватые уплотненные рубцы, но обычно последние нежны и не выделяются от окружающей ткани. Необходимо обратить внимание на форму краев и углов сомнительных мест, соответствуют ли они тому положению, где образуются разрывы, не забывая, что врожденные выемки обычно симметричны; в пользу последних говорит округлость краев. Поскольку доступно глазу, необходимо, отогнув зондом края плевы, осмотреть ее задние стенки, так как врожденная лопастность продолжается на влагалище. Решение вопроса о целости плевы часто трудно, требует большого опыта и осторожного заключения. Особенно трудно исследовать детей, ведущих себя беспокойно и ежеминутно ерзающих. Здесь требуется большое терпение. Выделения из влагалища или наружные пленки (запекшаяся кровь, гной) осторожно смывают теплой водой, раствором перекиси водорода или борной кислоты, вытирают марлевым или ватным тампоном и осматривают при хорошем естественном или электрическом освещении. Для натяжения плевы и большего удобства осмотра, кроме широкого раздвигания бедер и половых губ, полезно ввести во влагалище зонд или стеклянную палочку, обводя ею всю окружность гименального отверстия.

Не могу не высказать вполне естественного условия, чтобы исследование производилось опытным врачом,



неоднократно выдавшим девственную плеву. Мне часто приходилось слышать о необоснованных заключениях в таком ответственном деле, от которого зависит нередко судьба человека (обвиняемого). Один врач (акушер из провинции), почти с 10 - летним стажем, производивший со мною вместе исследование, чистосердечно признался, что ему почти не приходилось видеть у взрослых женщин неповрежденной плевы. Хорошие акушеры и гинекологи часто плохие „гименологи“. То же можно сказать о молодых экспертах, не работавших по гинекологии: у них обратное отношение. Я бы высказал пожелание, чтобы исследование плевы по поводу изнасилования производилось, по возможности, одновременно двумя врачами: гинекологом и судебно - медицинским экспертом.

В виду возможности несогласия следственных или судебных органов с заключением эксперта, может понадобиться вторичное переосвидетельствование или заключение на основании имеющихся в деле материалов. Поэтому от производящего первичную экспертизу врача требуется чрезвычайно внимательный осмотр и подробное описание плевы и других наружных половых органов. Весьма полезно к описанию приложить рисунок плевы. Некоторыми врачами (Розановым и др.) предложено пользоваться каучуковым шаблоном наружных половых органов, в который в каждом отдельном случае врисовывается найденная форма плевы. Подобные шаблоны (гинекологические, легочные и проч.) уже давно в ходу и значительно облегчают представление того, что выражено иногда многими словами и недостаточно ясно<sup>1</sup>.

При неосторожном осмотре врач может причинить случайный разрыв плевы. При комбинированном исследовании обоими руками или зеркалом разрыв плевы является правилом.

Во избежание разрыва, являющегося всегда моральной травмой для девушки, внутреннее исследование девственниц

<sup>1</sup> На мое предложение зарисовывать необходимое при исследовании, я неоднократно слышал возражения, что я - де рисовать не умею, что необходим художник или фотограф. Не говоря о этических моментах (женская стыдливость), исключающих приглашение третьего лица, и лишних расходах, я считаю, что рисовать может всякий, у кого есть зрение. Необходимо лишь желание и некоторый навык.



производится через прямую кишку. Если, по характеру случая, в целях лечебных, приходится произвести исследование через влагалище, и плева при этом надрывается, то рекомендуется сообщить об этом пациентке и выдать ей, в случае ее желания, справку.

Естественно, если мы находим повреждение плевы, то прежде всего следует думать о половом совокуплении, хотя причина разрыва может быть иной. Так, возможно повреждение пальцами, острыми и тупыми предметами, случайно или умышленно введенными (например, в целях онанизма) и поранившими плеву. На онанизм действительно указывали, как на причину разрыва. Распространенный у женщин даже в очень молодом возрасте, иногда среди детей, онанизм является нередко бичем детского дома. Но очень редко, по видимому, он ведет к разрыву плевы, ибо введение пальца во влагалище причиняет боль. В и в а н и сообщил случай, когда девушка-эпилептичка произвела себе разрыв плевы введенным камешком.

Поранение плевы гораздо легче может произойти от насильственного введения чужого пальца, при развратных действиях взрослых лиц над детьми.

Может ли плева разорваться при сильном и быстром разведении бедер? Даже у маленьких детей и при тонкой плеве сомнительно, но исключить такой возможности нельзя. Рубцы от инфекционных болезней (дифтерии, тифа) могут симулировать старые разрывы. В этих случаях рубцы имеются и на других местах наружных половых органов. Причина рубцов легко выясняется из расспроса исследуемой.

Случается повреждение при падении на острые предметы, кусты, сучья и проч., как мне пришлось однажды видеть у одной 3-хлетней девочки: она играла на глазах у взрослых в саду и упала на сухоствольный кустик. Плева оказалась легко надорванной в одном месте, с незначительным кровотечением.

Из сказанного достаточно ясна трудность, иногда почти неодолимая, в распознавании бывшего совокупления по виду и состоянию девственной плевы. Естественно, что в затруднительных случаях эксперты в своих заключениях могут расходиться, и что нередко следственные и судебные органы обращаются к вторичной экспертизе. Решительно нельзя

полагаться на заключение. Не говоря об отсутствии в большинстве случаев со-ответственности, вытекающей из провинциальной практики юристами и врачами опасной для дела правосогласии с „Положением 1921 г. НКЗ и НКЮ РСФСР“.

В медвежьих углах наших фельдшерских и простых бабьих мест, по любезному сообщению 27-го июля 1924 г. 7-летняя братом Иваном в баню, где она крик Евфросиньи услышала. Заглянув в окно, она увидела девочку. На ее крик Иван девочка была освидетельствована шерцей, не обнаружившей „ничего от половой связи“. Начальник направил дело на предоследование. В феврале 1925 г. 2-мя врачами, установившими онанизма или вследствие попи-осужден.

Что у нас возможны еще стает нижеследующий случай. И-нику волостной милиции крест-вание его 17-летней дочери, к-милиции, прочитав жалобу, на-ленному освидетельствованию с резолюцией, отвел девицу в „исследовал“, после чего на-резолюции . . . я освидете-ничего предосудительного не н-

О том, что практически-альностей, не знающие суд-правосудию больше вреда-Остается иллюстрировать э-

В одном из уездов Н. . . в двух малолетних дочерей-участники врачам, говорило

1 Я помню случай, когда-судителю, на экзамене-мест-



полагаться на заключение бабок, фельдшериц и акушеров. Не говоря об отсутствии у них специальных знаний, они в большинстве случаев совершенно не сознают огромной ответственности, вытекающей из подобного заключения, а потому не в состоянии быть достаточно осторожными в своих выводах. Я мог бы привести вам десяток примеров из провинциальной практики, любезно предоставленных мне юристами и врачами, — примеров невежественной и опасной для дела правосудия экспертизы. Поэтому мы категорически отвергаем экспертизы не-врача в полном согласии с „Положением о суд. - мед. - экспертах“ от 24 октября 1921 г. НКЗ и НКЮ РСФСР.

В медвежьих углах наших республик еще встречаются экспертизы фельдшериц и простых бабок. Вот один из таких случаев, имевший место, по любезному сообщению прокурора, в уезде В... губернии. 27-го июля 1924 г. 7-летняя Евфросинья Б. была уведена 19-летним братом Иваном в баню, где он пытался иметь с нею половое сношение. Крик Евфросиньи услышала старшая сестра, проходившая мимо бани. Заглянув в окно, она увидела, как Иван пытался изнасиловать девочку. На ее крик Иван выскочил из бани и убежал. В сентябре девочка была освидетельствована за отсутствием врача местной фельдшерицей, не обнаружившей „повреждения половых органов, зависящего от половой связи“. На основании этой экспертизы нар. следователь направил дело на прекращение, но губсуд возвратил его на исследование. В феврале 1925 г. Евфросинья была освидетельствована 2-мя врачами, установившими „нарушение целостности плевы, которое могло быть вызвано введением во влагалище инородного тела в целях онанизма или вследствие попытки к половому сношению“. Иван был осужден.

Что у нас возможны еще менее ценные экспертизы, свидетельствует нижеследующий случай. В одном из уездов О. губернии начальнику волостной милиции крестьянином подана жалоба на изнасилование его 17-летней дочери, которую он с собою привез. Начальник милиции, прочитав жалобу, наложил резолюцию: „Подвергнуть немедленному освидетельствованию“. Милиционер, получивший бумагу с резолюцией, отвел девицу в соседнюю комнату, положил на стол и „исследовал“, после чего написал в протоколе, что „на основании резолюции . . . я освидетельствовал крестьянку . . . , причем ничего предосудительного не нашел“.

О том, что практические врачи и врачи других специальностей, не знающие судебной медицины, могут принести правосудию больше вреда, чем пользы, уже говорилось<sup>1</sup>. Остается иллюстрировать это примером.

В одном из уездов Н. . . губернии обвинялся отец в растлении своих двух малолетних дочерей 9 и 11 лет. Свидетельство, выданное участковым врачом, говорило о лишении обеих девочек невинности.

<sup>1</sup> Я помню случай, когда студент, оканчивавший медицинский факультет, на экзамене вместо девственной плевы указал на малые губы.



Дело разбиралось в губсуде. На суде весьма компетентной экспертизой выяснилось, что обе девочки девственны. Последние сознались, что мать, с которой отец жил в разводе, уговорила их показать на отца и научила всем подробностям показаний.

### Г. РАСХОЖДЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

Случается, что экспертиза одного эксперта резко расходится с вторичной, ибо форма плевы допускает различное толкование. Это следует иметь ввиду, не упрекая врачей. Особенно показателен в этом отношении процесс, бывший в г. Т...

Потерпевшая 15-летняя девушка Н — а 7 раз подвергалась экспертизе, вследствие противоречивых заключений врачей.

По ее заявлению, в ночь с 17 на 18-е февраля 24 года она подверглась изнасилованию гр. К., привязавшим ее к постели за ноги и руки и совершившим с нею 4 раза половое сношение. В дальнейшем гр. Н — а 7 раз подверглась медицинскому освидетельствованию: 2 раза по собственной инициативе и 5 раз по распоряжению следственных органов, причем обнаружилось следующее:

1-я экспертиза — 19 февраля: гинекологом было найдено, что она девственности не лишена.

2-я экспертиза — 23 февраля: другой гинеколог нашел, что девственная плева мясистая, следов разрыва не замечается, из влагалища белые густые выделения. Палец входит во влагалище с некоторой болью.

3-я экспертиза — 7-го марта: суд.-мед.-эксперт определил, что плева кольцевидной формы, следов насилия и нарушения целостности плевы не имеется.

4-я экспертиза — 28-го августа: при освидетельствовании 2-мя врачами Н — ой сказали, что края входа во влагалище имеют остатки гимена в виде лопастей.

5-я экспертиза — 29-го августа: гинеколог определил, что плева звездчатой формы с утолщенными краями; с правой стороны, приблизительно посередине, небольшой дефект около 3-х мм., щелевидной формы.

6-я экспертиза — 10-го октября: Н — а была освидетельствована 5-ю врачами (в том числе 3 суд.-мед. эксперта), при чем было найдено, что плева губовидно-трубчатой формы.

Свободный край справа, на границе верхней и средней трети, имеет зазубрину длиной не более  $1\frac{1}{2}$  миллиметра, края которой ложатся друг на друга в виде складки. Края зазубрины по цвету не отличаются от остальных частей края плевы. Весь свободный край плевы однообразно тонок, гладок и мягок. Той же комиссией был освидетельствован и обвиняемый гр. н К. 48 лет, оказавшийся человеком среднего телосложения и питания; половой член его умеренной длины и толщины. Головка толщиной в два пальца.

7-я экспертиза — 12 декабря: Н — а освидетельствована комиссией экспертов, при чем оказалось: свидетельствуемая правильного телосложения, удовлетворительного питания; грудные железы сферической формы, величиной в кулак взрослого, правый сосок втянут и несколько меньше левого. Внутренние органы без отклонений от нормы. Волоса под мышками и на лобке выражены слабо. Наружные половые органы развиты нормально. Большие губы прикрывают малые. Жировая ткань больших губ выражена удовлетворительно. Слизистая оболочка малых губ у входа во влагалище нормально розового цвета.



Наружных выделений из влагалища нет, а при исследовании влагалища на пальце остается небольшая слизь. Девственная плева, исследованная через лупу, не имеет ни рубцов, ни надрывов. Плева кольцевидной формы, с гладкими краями; с правой стороны, примерно, на границе верхней и средней трети, имеется небольшое углубление от края плевы к ее основанию, несколько прикрывающееся верхней третью плевы с внутренней ее поверхности. Край этого углубления такого же вида и цвета, как и остальные части краев плевы. Углубление это постепенно переходит кзади в складку влагалища. С левой стороны имеется симметрично расположенное такого же характера углубление края плевы, с той только разницей, что оно расположено немного выше его, кнаружи и выражено менее глубоко, чем справа. Плева легко растяжима и безболезненно пропускает два пальца, которые удается легко ввести до половины средних фаланг. Влагалище плотно охватывает пальцы, и складки его выражены нормально. Менструация у Н-ой, по ее словам, до сих пор не приходила. На основании обстоятельств дела и результатов освидетельствования, комиссия экспертов единогласно пришла к следующему заключению: 1) целостность девственной плевы у гр. Н-ой не нарушена; изменения же очертания краев ее в боковых частях правой и левой стороны врожденного происхождения, что подтверждается типичным местоположением этих изменений и, главное, отсутствием на краях рубцовой ткани, неизменно сопровождающей всякий разрыв плевы; 2) растяжимость плевы у гр. Н-ой такова, что свободно позволяет ввести два пальца во влагалище на глубину середины средних фаланг пальцев. Это позволяет предположить, что человек, обладающий половым членом, равным по толщине двум пальцам, т. е., иначе говоря, половым членом среднего размера, мог иметь с гр. Н-ой половой акт без разрыва ее девственной плевы, при отсутствии резкого сопротивления с ее стороны".

На этом примере можно убедиться, насколько затруднительно бывает иногда положение эксперта, при решении вопроса о целостности плевы; еще тяжелее, конечно, положение следователя и судьи, которые должны основываться на противоречивых заключениях. К сожалению, медицина еще несовершенна, ошибки весьма свойственны ей, а неодинаковые знания, опыт и искусство врачей легко объясняют противоречия.

#### Д. ОСОБЕННОСТИ ИЗНАСИЛОВАНИЯ ДЕТЕЙ

Как мы увидим позже, насилия над детьми принадлежат к частым явлениям. При этом либо ограничиваются развратными действиями, например, дотрагиванием руками до половых органов маленьких девочек, либо введением члена в предверие. В этих случаях девственная плева может остаться совершенно неповрежденной. Если же изнасилование произведено с применением грубой попытки проникнуть через узкий и неразвитый проход во влагалище, то возможны весьма обширные повреждения наружных



половых органов, промежности и влагалища с тяжелыми последствиями (рубцовыми сращениями, воспалением, смертью)<sup>1</sup>.

Если половое совокупление совершено было в преддверии влагалища, то может остаться лишь краснота от раздражения, а иногда и этого нет. Отрицательный результат исследования наблюдается и тогда, когда изнасилователем является малолетний мальчик, а девочка — подросток, приблизительно одинакового с ним возраста.

Д-р Брок<sup>2</sup> среди 710 своих случаев преступлений против нравственности насчитывает не менее 38, когда мальчики моложе 17 лет обвинялись в преступлении; среди этих было 9 случаев, когда мальчики были моложе 10 лет.

Из его случаев передам следующие: 1) (сл. № 318) 10-летний Василий Б. и 8-летний Николай З. заманили 5-летнюю Татьяну М. на чердак, обещая ей конфеты. Там они бросили девочку на пол; один ее держал за руки, а другой ввел свой член в напряженном состоянии в половые органы и так долго тер, покуда „в половом члене начался зуд“. Затем то же проделал с нею другой мальчик. При исследовании Татьяны, гимен оказался неповрежденным. 2) (сл. № 393) 12-летний Василий и 7-летний Владимир бросили 5-летнюю Анну на кровать, покрыли ее подушками и начали „царапать между ногами“, так что она заплакала. Результат исследования отрицательный. 3) (сл. № 660) 15-летние Василий и Петр потащили 11-летнюю Антонину В. на задний двор. Петр набросил ей на голову платье Василия, а последний „что-то проделал“ над ее половыми органами. Результат исследования отрицательный.

<sup>1</sup> 22-го марта 192....г. освидетельствована девочка в возрасте 1 года 3 месяцев. По словам матери, 20 марта, вечером, девочка оставалась одна. По возвращении родителей, она плакала; на постельном белье были пятна крови. Родители отнесли тотчас ребенка в больницу. При освидетельствовании оказалось: девочка развита соответственно своему возрасту. На правой ноге вокруг коленного сустава имеется кровоподтек протяжением около двух сантиметров. Половые органы сформированы правильно. Левая половина девственной плевы и левая малая половая губа синевато-багрового цвета, кровоподтечны. Сзади по средней линии надрыв девственной плевы. Задняя спайка больших половых губ представляет сплошную рану, проникающую вглубь и покрытую желтовато-бурым налетом. Отверстие девственной плевы растянуто. Заключение: „над ребенком совершено насилие; описанные повреждения половых органов произошли от грубого насилия, по всей вероятности при попытке полового сношения. Повреждения свежего характера, по времени вполне могут соответствовать указанному матерью сроку“.

Обвиняемый гр. Х., сосед по квартире, за растление ребенка был осужден губсудом.

<sup>2</sup> D. L. f. d. ges. ger. Med. т. 6, кн. 1. 1925.



Нам тоже встречались подобные случаи, когда по обстоятельствам дела следовало заключить о полном совокуплении у девочек, не достигших зрелости; вход во влагалище был несомненно растяннут, но податливые края плевы нигде не были нарушены. Это, как будто, даже чаще встречается, чем следовало бы ожидать.

#### Е. ИЗМЕНЕНИЯ И РАЗРЫВЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, СОПУТСТВУЮЩИЕ СОВОКУПЛЕНИЮ

Кроме разрывов гимена при первом совокуплении, возможны повреждения других частей половых органов: надрывы уздечки и задней спайки, клитора, малых губ, промежности и влагалища. Но такие повреждения следует считать редким явлением.

Влагалище, в общем, дает мало указаний для ответа, происходило ли введение полового члена. Редко, у очень молодых субъектов, вследствие узости, введение полового члена путем известного насилия, оставляет в свежих случаях заметный след. При вагинизме преодолеваемое с большой силой сопротивление может вызвать даже значительный разрыв<sup>1</sup>.

У зрелых девушек ширина влагалища вполне допускает дальнейшее проникновение полового члена, прошедшего через влагалищный вход и плеву. Поэтому однократное или повторное совокупление не может вызвать заметных изменений. Но привычное совершение полового акта вызывает известное расширение влагалища, расслабление его мышц и сглаживание складок слизистой оболочки. Первоначальная нежность последней теряется. Но гораздо более значительные изменения зависят от беременности и родов.

Повреждения наблюдаются, как указано выше, преимущественно у малых детей и инфантильных особ. В случае Е. Gelma<sup>2</sup> при изнасиловании 9-летней девочки сильное кровотечение было вызвано повреждением наружных половых органов, причем гимен остался неповрежденным.

У взрослых девушек или замужних и рожавших женщин повреждения встречаются крайне редко, в результате грубого совершенного полового акта. Гофман полагает, что подобные разрывы у взрослых женщин говорят скорее о грубой насильственной манипуляции руками, чем о совокуплении. Но в литературе известны примеры того и другого вида. Мне единственный раз пришлось видеть такое повреждение в клинике Цангемейстера в Марбурге. Старший ассистент д-р Эш (сейчас профессор) любезно демонстрировал мне крестьянку с зашитым разрывом влагалища, заметив, что

<sup>1</sup> Patel et Labry. Large déchirure du vagin au cours de la défloration Gyn. et. obst. 1925, стр. 156.

<sup>2</sup> Gyn. et. obst. 1925/2, стр. 156.



у нее это случается периодически, ежегодно, во время менавров. В новейшее время подобные случаи повреждений описали Ferraciu Domenico<sup>1</sup>, De Bella, E...<sup>2</sup> и др.

Что половые наслаждения не ко времени могут окончиться печально не только для мужчин (случаи внезапной смерти пожилых мужчин во время полового акта от паралича сердца или апоплексии мозга), но и для женщин, доказывает случай R. Blair'a<sup>3</sup>.

При сопоставлении случаев разрывов, действительно, оказывается, что положение партнеров во время полового акта может быть причиной их возникновения. Кроме цитированного случая De Bella, уже в свое время Цейсс<sup>4</sup> описал

<sup>1</sup> Riv. d'ostetr. e. ginec. 1923 г., № 7. 35-летняя, три раза рожавшая, вполне здоровая женщина поступила рано утром в клинику по поводу сильного кровотечения из половых органов. При исследовании обнаружен глубокий разрыв правого свода около 3-х сантим. длины, переходивший на задний свод с обнажением брюшины Дугласова пространства. На разрыв были наложены швы, и на 9-й день пациентка выписалась здоровой. По ее словам в ту ночь она совершила со своим возлюбленным, сильным мужчиною, первое сокоупление и почувствовала при этом сильную боль и вслед за тем кровотечение.

Разбирая возможные причины разрывов, автор высказывает предположение, что сильное возбуждение женщины может вызвать сильный спазм влагалища, преодолеваемый мужчиной силой, в результате чего образуется разрыв.

<sup>2</sup> Arch. d'ostetr. e. ginecol. № 10 1924 г. Случай разрыва свода влагалища с тяжким кровотечением после сокоупления. 41-летняя женщина, два раза рожавшая, получила при сокоуплении, совершенном после длительного воздержания, разрыв правого свода влагалища, шедший сбоку до передней стенки и захвативший артериальную ветку. Автор объясняет разрыв несколько атрофическим состоянием тканей ввиду приближающегося климактерия и положением, в котором находились оба партнера во время акта: мужчина сидел, а она стояла.

<sup>3</sup> British med. Journ. № 3357, 1925 г. 55-летняя женщина, находившаяся 15 лет в климактерическом периоде, вновь вышла замуж и почувствовала боль во время сокоупления; появились кровотечения, позже лихорадка и желтуха. При исследовании, неделю спустя после происшествия, обнаружен разрыв правой стенки влагалища, 3 см. длиной. На 19-й день после повреждения наступила смерть от сепсиса. На вскрытии обнаружены: зарубцевавшийся разрыв с припухшими краями, но без гноя; тромбоз маточных вен; повздошно-поясничная мышца пурпурно-красного цвета при разрезе выделяет пузырьки газа. Бактериологически найдены: стрептококки и бацилла Welchii; последняя, вероятно, является результатом посмертного внедрения.

<sup>4</sup> Zentrbl. f. Gyn., 1885 г.

повреждение правого  
у 25-летней женщи  
пления в положении  
подобно животным).  
ждения 25-летней  
органами и широким  
положении. Зияющая  
влагалища через всю  
с обнажением мышц.  
В другом случае К

разрыв промежности  
у 13-летней девочки  
произведенный взрос  
Крайне редко вст  
при половом сокоупл  
здесь не говорится).

45-летняя гр. Ш.  
в обморочном состоя  
вскоре скончалась. Пе  
верглась изнасиловани  
вскрытии обнаружены:  
тате разрыва прямой  
изошло через прямую  
несколько партнеров.  
Kennard K. Selle  
чая разрывов мочевого  
шедших косвенно от со

<sup>1</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 5, 19  
<sup>2</sup> Дж. Брок., лит. цит.  
<sup>3</sup> Med. leg. Journ. 1923 г.

в пьяном виде после попой  
бутылками. Одна из ни  
Они умерли от перито  
Приглашенные врачи не  
случае разрыв находилс  
Рассор полагает, что лопание  
давления со стороны броси  
мочевой. Благоприятству  
оживления, отсутствие зашит  
Самка мочевого пузыря, п



повреждение правого влагалищного свода, длиною в 4 сант., у 25-летней женщины, происшедшее во время совокупления в положении *à la vache* (сзади, но через влагалище, подобно животным). K. Seynsche<sup>1</sup> описал случай повреждения 25-летней женщины с нормальными половыми органами и широким влагалищем при совокуплении в стоячем положении. Зияющая рана в 12 см. длиною, шла от входа влагалища через всю толщу стенки вплоть до заднего свода, с обнажением мышц.

В другом случае K. Seynsche (там-же) описал полный разрыв промежности (от входа во влагалище до сфинктера) у 13-летней девочки, еще незрелой в половом отношении, произведенный взрослым мужчиной пальцем.

Крайне редко встречается повреждение прямой кишки при половом совокуплении лиц разного пола (о педерастии здесь не говорится).

45-летняя гр. Ш.<sup>2</sup>, найденная на полу ночлежного дома в обморочном состоянии, перевезена была в больницу и вскоре скончалась. Перед смертью она заявила, что подверглась изнасилованию (вероятно, в пьяном состоянии). На вскрытии обнаружены: сепсис и гнойный перитонит в результате разрыва прямой кишки. Очевидно, совокупление произошло через прямую кишку, причем, как будто, участвовало несколько партнеров.

Kennard K. Sellers описал чрезвычайно редкие 2 случая разрывов мочевого пузыря у молодых женщин, происшедших косвенно от совокупления<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Zentrll. f. Gyn. № 5, 1924 г.

<sup>2</sup> Дж. Брок., лит. цит.

<sup>3</sup> Мед. leg. journ. 1923 г. № 3. Оба случая похожи. Обе женщины в пьяном виде после попойки совершили половой акт со своими собутыльниками. Одна из них почувствовала при этом сильную боль. Обе они умерли от перитонита, одна спустя 3 дня, другая спустя 4 дня. Приглашенные врачи не распознали резких повреждений. В обоих случаях разрыв находился на задней поверхности мочевого пузыря. Автор полагает, что лопание пузыря произошло вследствие внезапного давления со стороны бросившегося на женщину мужчины на переполненный мочевой пузырь, при чем последний был прижат к крестцовой кости. Благоприятствующим разрыву моментом явилось состояние опьянения, отсутствие защитительного тонуса брюшной мускулатуры. Стенка мочевого пузыря, помимо повреждения, оказалась здоровой.



Попутно упомянем, что иногда и мужчина получает повреждение при coitus'e. Иногда проникший во влагалище член, вследствие судорожного сокращения влагалищных и околослагищных мышц, ущемляется после окончания полового акта и не может быть удален (penis captivus). Ущемление у обоих вызывает сильную боль. Все попытки партнеров отделиться друг от друга остаются безрезультатными, так что, преодолев стыд, они начинают вызывать о помощи. Бывали случаи, когда таких лиц обнаруживали в общественном саду или в более укромном месте. Их укладывали вместе в теплую ванну, пока судорожное сокращение не прекращалось, и партнеры не были освобождены друг от друга.

В соответствующем случае рекомендуется хлороформирование женщины: во время наркоза спазм прекращается.

Иногда происходят и настоящие поверхностные разрывы — „переломы“ (глубокие ранения пещеристых тел) и „вывихи“ (отрывы обоих ножек от костей таза) полового члена.<sup>1</sup>

#### Ж. ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ИЗВЕРЖЕНИЯ СЕМЕНИ

Доказательством извержения семени служит:

а) Нахождение сперматозоидов в половых органах женщины — во влагалище и шейке матки. Если девственная плева цела (например, у детей), то рекомендуется

<sup>1</sup> J. Heller. (Редкие повреждения мужчины при совокуплении. Ärtzl. Sachverst-Zeit. №№ 5-6, 1926 г.) делит свои литературные случаи тяжелой травмы мужчины на 1) ранения, происшедшие вследствие слишком бурной деятельности мужского партнера (поверхностные и глубокие разрывы с отрывами крайней плоти, сдавление яичек при водянке их); 2) повреждения, нанесенные мужчине женским партнером: прижатие яичка, разрывы мошонки, перелом полового члена и пр. вследствие ручных манипуляций и укусов. Один мужчина, в пьяном виде, совершил бурный coitus в стоячем положении и получил повреждение. К этой категории, конечно, не относятся быстро проходящие опухоли яичек, придатков и семявыводящего протока при искусственном угнетении сильного возбуждения (так наз. paradidymitis erotica acuta).

Klesic (Уретроррагия вследствие разрыва мочеиспускательного канала при совокуплении. Сербский арх. общей медицины № 8) описал случай частичного внутреннего разрыва мочеиспускательного канала после совокупления у 32-летнего мужчины с кровоизлиянием из уретры, продолжавшимся 10 дней.

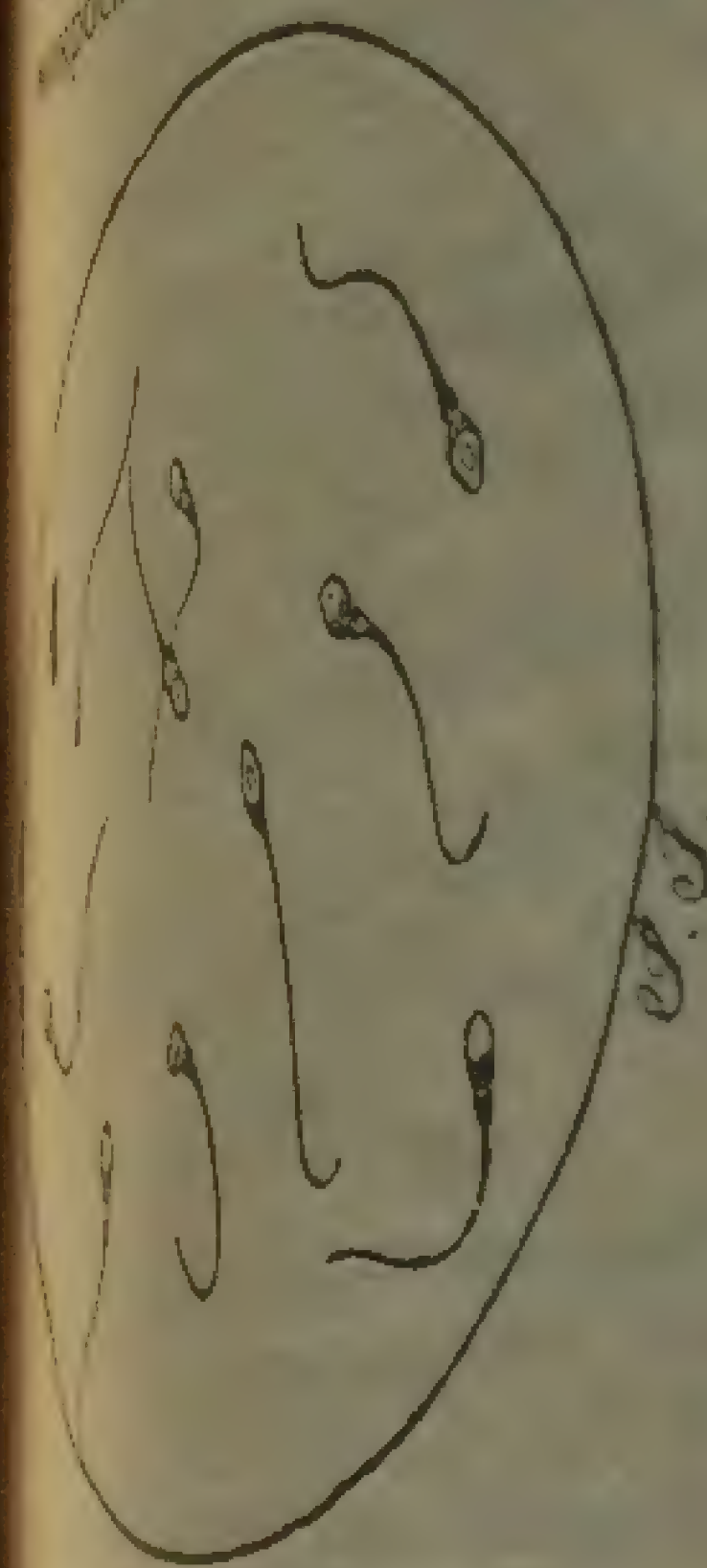


Рис. 1. Сперматозоиды человека  
в сильном увеличении.

улучшении. На темном фоне

конечно, найденное семя м

предшествующего совокупления, и

нахождение семени

или обвиняемого (на

пятна имеют зазуб

точно накрахмалени

отчего сначала раств

сперматозоид

не сов

Барберию)

Практ. руко



прожженной платиновой иглой или ватным тампоном взять выделения на наружных половых органах и из влагалища, либо производят промывание влагалища из шприца небольшим количеством жидкости. Обратную вытекающую жидкость центрифугируют. Полученный материал исследуют под микроскопом на наличие специфических для семени сперматозоидов. Последние

видны под микроскопом уже без окраски; но делаются яснее при помощи окраски, после сушки на воздухе, гематоксилинэозином, солянокислым метилгрином по Унгару или тушью по Вигги.

Мазок исследуемого материала покрывают тонким слоем китайской туши и осторожно высушивают на каком-нибудь подогретом предмете, покрывают канадским бальзамом и рассматривают при сильном

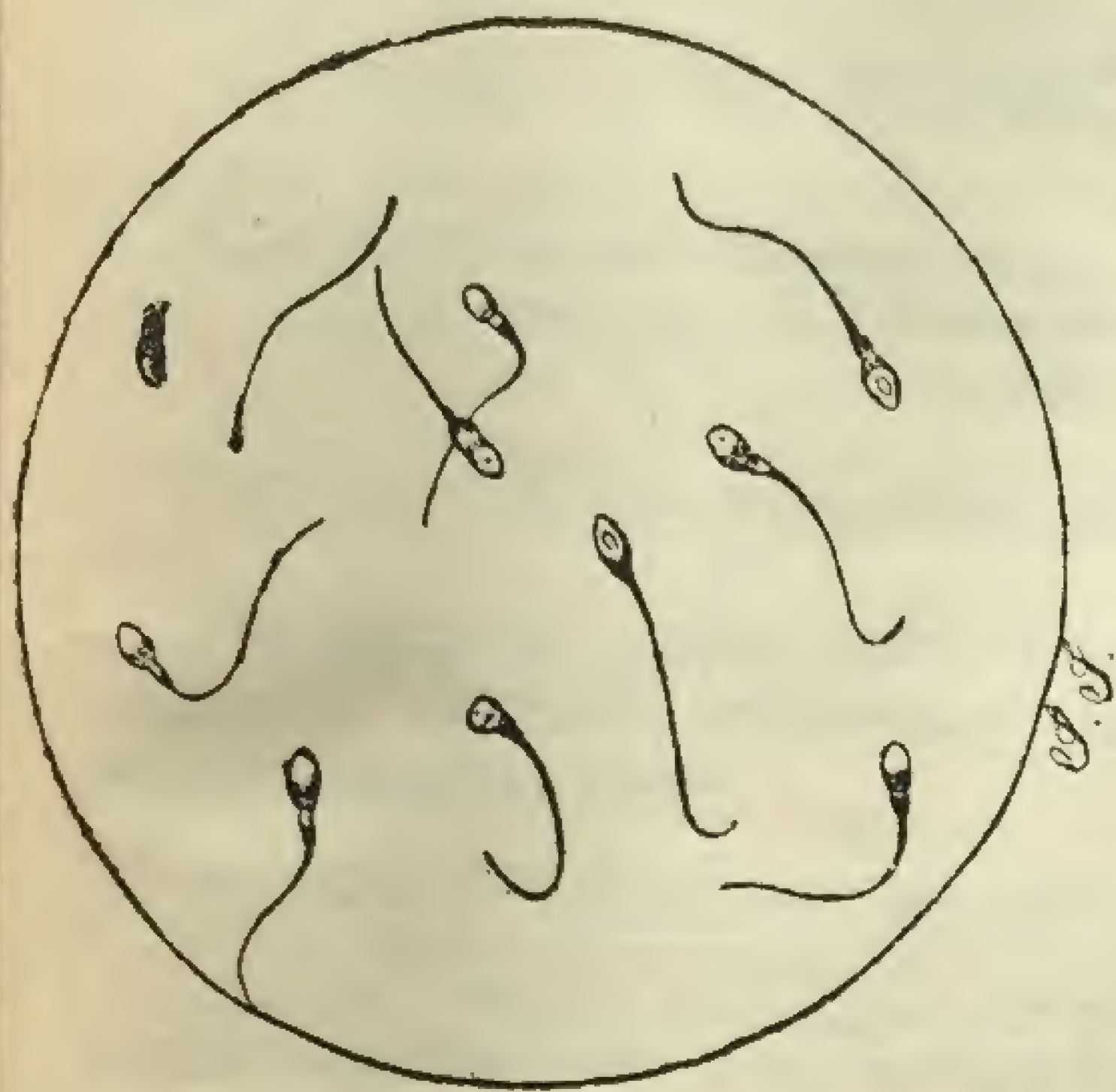


Рис. 5. Сперматозоиды человека при сильном увеличении.

увеличении. На темном фоне видны бесцветные сперматозоиды.

Конечно, найденное семя может происходить и от ранее происшедшего совокупления, ибо сперматозоиды живут продолжительное время в женских половых органах.

б) Нахождение семенных пятен на белье потерпевшей или обвиняемого (на внутренней стороне рубашки и кальсон). Пятна имеют зазубренные края, сероватый цвет и жестки, точно накрахмалены. Соскоб пятна рассматривается под микроскопом в воде или в 3% растворе калийной щелочи, отчего сначала растворяется эпителий, мешающий исследованию.

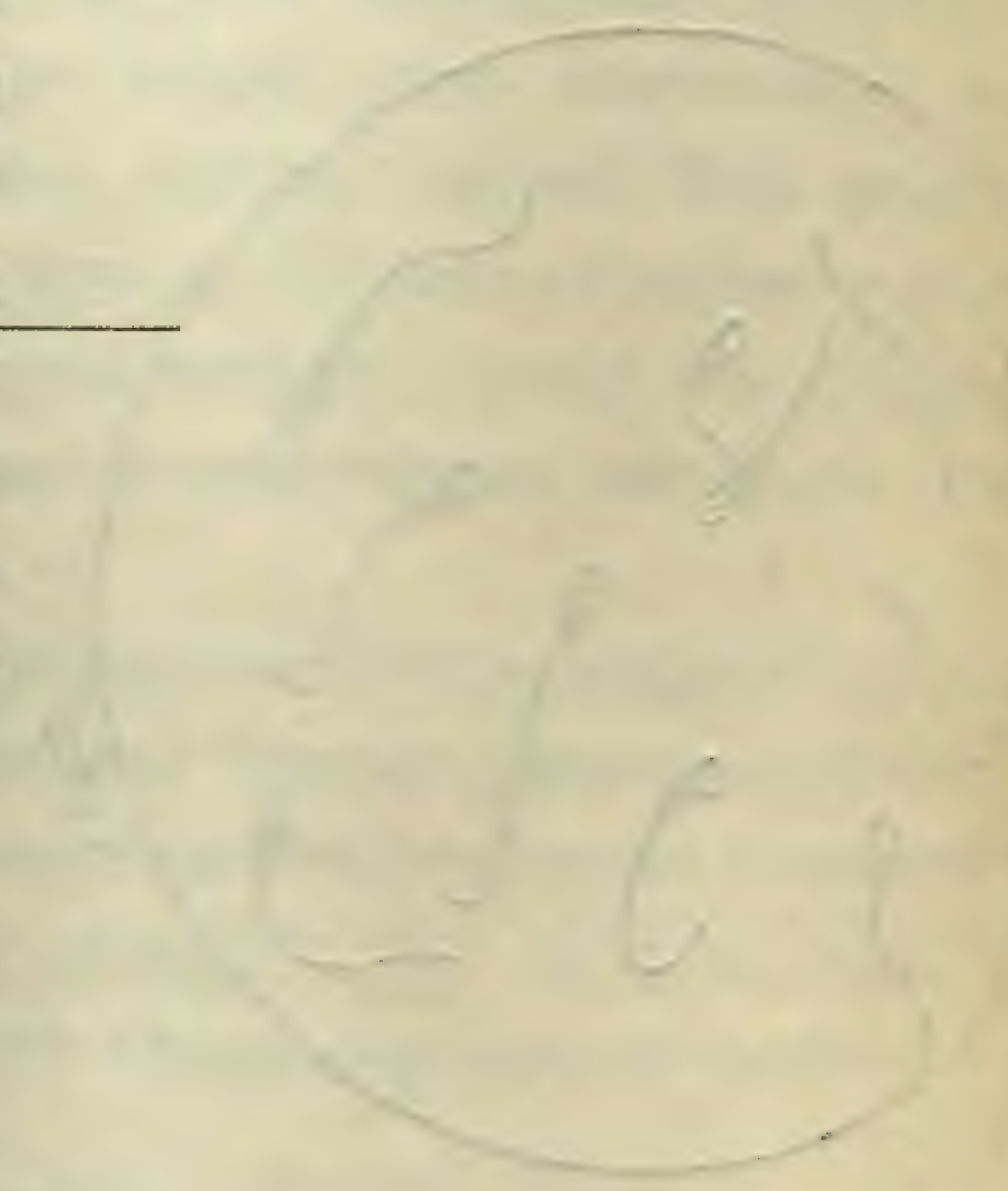
Обнаружение сперматозоидов служит абсолютным доказательством семени.

Предварительные микроскопические пробы семенных пятен (Флоранса и Барберио) не совсем доказательны<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> См. мое „Практ. руководство“ изд. 3-е, 1927 г., стр. 185.



Нахождение семенных пятен на одежде и др. предметах облегчается при помощи кварцевой лампы (ультрафиолетовых лучей Вуда). Семенные пятна особенно ярко светятся синим светом; пятна от влагалищных выделений — светло-синим; кровяные пятна в кварцевой лампе представляются темными и т. д. (Withold).



А. Противозаконно  
при изнасиловании

А. ПР

Посмотрим, является ли это  
законодательство

Статьи Уголов

Ст. 150. Заражен  
знавшим о наличии

лишение свобо  
Заведомое поста  
или иными действия  
мной, —

лишение свобод  
месяцев.

Ст. 151. Половое с  
или, сопряженное с  
в изнасилованных форм  
лишение свобод

Половое сношение  
лишение без указа  
Ст. 152. Развраще  
путем развратн  
лишение свобод

Ст. 153. Половое  
или, сопряженное с  
лишение потер



### III. ИЗНАСИЛОВАНИЕ

А. Противозаконное совокупление. Б. Телесные повреждения и смерть при изнасиловании. В. Жертвы изнасилования и субъекты преступления.

#### А. ПРОТИВОЗАКОННОЕ СОВОКУПЛЕНИЕ

Посмотрим, при каких обстоятельствах совокупление является противозаконным и предусматривается уголовным законодательством.

#### Статьи Уголовного Кодекса РСФСР:

Ст. 150. Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, —

лишение свободы на срок до трех лет.

Заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью, —

лишение свободы или принудительные работы на срок до шести месяцев.

Ст. 151. Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, сопряженное с растлением или удовлетворением половой страсти в извращенных формах, —

лишение свободы на срок до восьми лет.

Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, совершенное без указанныхотягчающих признаков, —

лишение свободы на срок до трех лет.

Ст. 152. Развращение малолетних или несовершеннолетних, совершенное путем развратных действий в отношении их, —

лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 153. Половое сношение с применением физического насилия, угроз, запугивания или использованием путем обмана, беспомощного состояния потерпевшего лица (изнасилование), —

лишение свободы на срок до пяти лет,

Если изнасилование имело своим последствием самоубийство потерпевшего лица или было совершено над лицом, не достигшим половой зрелости, или хотя бы достигшим таковой, но несколькими лицами, —

лишение свободы на срок до восьми лет.

Ст. 154. Понуждение женщины к вступлению в половую связь или к удовлетворению половой страсти в иной форме лицом, в отношении коего женщина являлась материально или по службе зависимой, —

лишение свободы на срок до пяти лет.



Ст. 155. Принуждение к занятию проституцией, сводничество, содержание притонов разврата, а также вербовка женщин для проституции —

лишение свободы на срок до пяти лет с конфискацией всего или части имущества.

### Статьи Уголовного Кодекса СССР:

Ст. 152. Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него такой болезни, —  
лишение свободы на срок до двух лет.

Ст. 162. Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, сопряженное с растлением или с удовлетворением половой страсти в извращенных формах или с изнасилованием, —  
лишение свободы на срок до восьми лет.

Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, совершенное без указанных отягчающих признаков, —  
лишение свободы на срок до трех лет.

Ст. 163. Развращение малолетних или несовершеннолетних, совершенное путем развратных действий в отношении их, —  
лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 164. Изнасилование, т. е. половое сношение с применением физического или психического насилия или с использованием беспомощного состояния потерпевшего лица, —  
лишение свободы на срок до пяти лет.

Если изнасилование имело своим последствием самоубийство или тяжкую болезнь потерпевшего лица, или было совершено несколькими лицами, —

лишение свободы на срок до восьми лет.

Ст. 165. Понуждение женщины к вступлению в половую связь с лицом, в отношении коего женщина является материально или по службе зависимой, —

лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 166. Принуждение к занятию проституцией, сводничество, содержание притонов разврата, а также вербовка женщин для проституции, —

лишение свободы на срок до пяти лет с конфискацией всего или части имущества.

Если повлеченные в проституцию состояли на попечении вовлеченного их или не достигли совершеннолетия, —

лишение свободы на срок до восьми лет с конфискацией всего или части имущества.

Прежде всего, говоря об изнасиловании, т. е. о половом совокуплении против воли и согласия женщины, следует себе задать вопрос: в состоянии ли вообще один мужчина осилить взрослую, здоровую, бодрствующую и сопротивляющуюся женщину.

Старые эксперты отрицали эту возможность, ссылаясь на то, что женщине достаточно произвести легкое движение бедрами, чтобы воспрепятствовать введению полового



члена.<sup>1</sup> Этот взгляд в настоящее время оставлен. Конечно, следует принять в соображение соотношение сил борющихся, осмотреть не только потерпевшую, но и обвиняемого. Если здоровая и сильная девушка обвиняет тщедушного, слабосильного мужчину, быть может, старика, то дело ясно. Напротив, здоровенный парень может длительной борьбой осилить и измучить девушку или вообще женщину и принудить ее к совокуплению и даже содействию в совершении полового акта (случай Д. Брока, когда насильник заставил измученную жертву онанировать его).

Кроме грубой силы, боль, стыд, страх, угроза, а главное неожиданность могут способствовать успешному доведению преступления до конца, тем более, что нам следует понимать изнасилование, как введение против воли полового члена в женские половые органы, хотя бы только в преддверие влагалища. Кроме того, следует иметь в виду еще одно обстоятельство. Легко рассуждать о том, что достаточно, например, небольшого движения бедер, чтобы воспрепятствовать совокуплению; легко это сделать женщине, лежащей, например, по собственному желанию с мужчиной в кровати и принимающей от него ласки, но отказывающейся категорически от нормального совокупления. Но в обстановке внезапного, неожиданного нападения женщина теряется, не всегда в состоянии дать себе отчет в том, что с нею происходит и что ей угрожает и как следует обороняться (подобно тому, как утопающий в несчастную минуту теряется в воде, хотя и знаком с приемами плавания: он открывает рот и захлебывается). То же самое может произойти при неожиданном нападении на женщину. Рефлекторное сведение бедер может не наступить при отвлечении внимания жертвы.

Вообще же, жалобы на изнасилование взрослых и способных к сопротивлению женщин требуют большой осторожности и объективности и очень часто неосновательны. Иногда девушка, будучи вполне девственной, подает жалобу вследствие болезненного самовнушения на почве тяжелой истерии. Она рассказывает пространно все обстоятельства

<sup>1</sup> Подобно тому, как невозможно саблей попасть в ножны, находящиеся в движении.



происшествия и приводит на скамью подсудимых совершенно непричастных лиц, пока исследование или обстоятельства дела не выясняют всей истины.

#### а) Следы насилия

В каждом случае изнасилования следует искать следов насилия на теле женщины. Важное значение имеют ссадины, царапины, кровоподтеки и более тяжкие повреждения на руках, бедрах, следы попыток к задушению на шее в виде характерных полулунных следов ногтей и т. п. Конечно, таких же следов следует искать и на теле обвиняемого, если женщина была в состоянии обороняться. Поэтому необходимо возможно полное исследование обоих партнеров.

Следует добавить, что удачное совершение полового акта при изнасиловании одним мужчиною зависит и от ловкости и опытности мужского партнера. В. Липман как-то рассказывал на лекции, что один знакомый ему студент определял загиб матки половым членом во время совокупления. Мне рассказывали про другого субъекта, который путем тренировки, используя некоторые приемы французской борьбы, в состоянии был уложить каждую взрослую и сильную женщину в удобное для coitus'a положение, из которого она не в состоянии была освободиться.

Однако, иногда даже несколько мужчин не в состоянии одолеть женщину и принудить ее к совокуплению.

Наберда в январе 1903 года исследовал здоровую и крепкую 18 летнюю девушку, которая упорно защищалась от нападения трех мужчин. Молодая особа в конюшне искала своего любовника, но вместо него нашла трех. Они схватили ее, держали за руки, закрыли рот. Она вырывалась от них, но, наконец, у дверей им удалось одолеть ее: двое держали, а один совокуплялся.

#### б) Психическое насилие

Кроме физического насилия ст. ст., 164 и 165 Уг. К. СССР и ст.ст. 153 и 154 Уг. К. РСФСР предусматривают психическое насилие (угрозы, запугивание и др.) и понуждение женщины ко вступлению в половую связь вследствие материальной или служебной зависимости.

Выяснение этих обстоятельств обычно выходит из пределов медицинской компетенции и является обязанностью следственных органов. Разве в редких случаях требуется участие психиатра для решения возникающих при этом

специальных вопросов.  
Гораздо больше внимания  
денных статей об изнасиловании.  
в) Состояние физического  
Мы не коснемся возможности  
риального состояния, когда  
бедности, или случаи, когда  
рываются в ЗАГС'e, а затем  
обещания: выяснение таких  
лит в круг обязанностей ме  
подробнее на физическ  
Во-первых, здесь возм  
жертвы ударом по голове  
сонных артерий ведет к м  
состоянию, а затем к поте  
беспомощное состояние.  
как известно, к временной  
указания на это, следует  
шую на присутствие повре  
удар в живот может вызв  
симпатических нервов (та  
дует осмотреть ушной кан  
или спинномозговой жидк  
костей основания черепа.  
Кроме механических, с  
события приведения жертвы  
няющие, снотворные и нар  
Относительно опьянения  
полагается, что его оп'ян  
умышленного спаивания хо  
ной взрослой женщине.  
Но бывают случаи, когда  
ления действия, умышленно  
творное средство, например  
и др. Судебному врачу сл  
иницированного отравл  
См. мое  
изд. 3-е. НКЮ РСФСР, 1927 г.



специальных вопросов. Мы останавливаться на них не будем. Гораздо большего внимания заслуживает указание в приведенных статьях об использовании „беспомощного состояния“.

#### в) Состояние физической беспомощности

Мы не коснемся возможных случаев морального и материального состояния беспомощности, например, крайней бедности, или случаи, когда мужчина обещает зарегистрироваться в ЗАГС'е, а затем отказывается от исполнения обещания: выяснение таких случаев (обмана и пр.) не входит в круг обязанностей медицинского эксперта. Остановимся подробнее на физической беспомощности.

Во-первых, здесь возможны случаи оглушения своей жертвы ударом по голове или сдавливанием шеи (сдавление сонных артерий ведет к малокровию мозга и обморочному состоянию, а затем к потере чувств) для приведения ее в беспомощное состояние. Сотрясение мозга от удара ведет, как известно, к временной потере сознания. Если имеются указания на это, следует тщательно исследовать потерпевшую на присутствие повреждений головы и шеи. Сильный удар в живот может вызвать шок вследствие раздражения симпатических нервов (так наз. солнечного сплетения). Следует осмотреть ушной канал, не было ли истечения крови или спинномозговой жидкости, вытекающей при переломах костей основания черепа.

Кроме механических, существуют еще химические способы приведения жертвы в беспомощное состояние: опьяняющие, снотворные и наркотические средства.

Относительно опьянения алкоголем (водкой, вином) предполагается, что его опьяняющее действие и цели такого умышленного спаивания хорошо известны каждой нормальной взрослой женщине.

Но бывают случаи, когда к спиртному напитку, для усиления действия, умышленно примешивают какое-нибудь снотворное средство, например, веронал, хлорал-гидрат, морфий и пр. Судебному врачу следует иметь в виду возможность комбинированного отравления двумя или несколькими ядами<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> См. мое „Практическое руководство по судебной медицине“ Изд. 3-е. НКЮ РСФСР, 1927 г.



Если мы находим в остатках принятого во внутрь спиртного или др. напитка (например, кофе) либо в рвотных извержениях, либо во внутренностях (если потерпевшая умерла) примесь одного из упомянутых средств, то преступный умысел доказан. Поэтому, в надлежащих случаях не следует ограничиваться лишь установлением запаха алкоголя, исходящего из желудка и черепной полости, а прибегнуть к подробному химическому анализу вещественных доказательств (остатка напитка, рвотных извержений) и тщательно опросить потерпевшую.

Несколько лет тому назад мне пришлось дать заключение по одному очень щекотливому делу. Обвинялся врач-гинеколог в изнасиловании своей пациентки у нее на дому, во время осмотра. Пациентка, которую он неоднократно пользовал от незначительного гинекологического страдания, в виду ухудшения, вызвала его к себе на квартиру. Для облегчения болей, врач впрыснул ей 0,01 морфия. Затем, по ее словам, он очень долго производил исследование, во время которого она впала в полусонное состояние (т. е. дремоту). Когда она внезапно очнулась, то „увидала врача, стоявшего возле нее и застегивавшего брюки“.

Факта совокупления она не чувствовала и не сознавала.

Однако, увидев врача в таком положении, она сразу „поняла, что была им изнасилована“. Она рассказала о происшествии мужу, который подал жалобу следователю. Последний интересовался следующими вопросами: 1) можно ли без ведома и осознания знакомого женщине ощущения (замужняя женщина!) произвести совокупление и 2) исключается ли возможность незаметной для женщины подмены пальца половым членом во время гинекологического исследования.

Исследовав женщину, я нашел у нее характерные, резко выраженные признаки истерии и чрезвычайной возбудимости половых органов и дал заключение отрицательное, тем более, что незначительная доза морфия не в состоянии была привести ее в состояние усыпления, при котором происшедшее с нею осталось бы незамеченным.

Врач на допросе сознался в совершенном совокуплении, утверждая, что пациентка сама дала к тому повод, что coitus произошел с ее „молчаливого согласия“. Оставляя в стороне неэтичный поступок врача, достойный всемерного осуждения, мы должны, однако, заключить, что изнасилования с использованным путем обмана беспомощного состояния в данном случае не было. На суде потерпевшая отказалась от своей жалобы, и врач был оправдан. Дело происходило еще до издания Уг. К.

Истерички, в силу особой самовнушаемости, нередко подают жалобы подобного рода. Некоторые ощущения, исходящие, быть может, из других, даже отдаленных органов, ими ложно принимаются за половое насилие. Особенно легко они впадают в ошибку в самом начале наркоза или в состоянии опьянения. Бруардель<sup>1</sup> передает о двух

<sup>1</sup> В своей прекрасной монографии „Les attentats aux mœurs“, стр. 102.



случаях, когда оперированные тотчас же от врача пошли в полицию и подали на него жалобу. По странной случайности, — оба раза на одного и того же врача и в один и тот же участок, с 3-хмесячным промежутком. Бруардель, вызванный для дачи заключения, объяснил в чем дело, и оба дела были прекращены. Но не всегда дело так благоприятно складывается. Обвиняемый врач, в особенности в небольшом городе, хотя бы затем и оправданный, теряет свою хорошую репутацию в результате подобного ложного обвинения.

Однако, описаны редкие случаи, когда наркотизированные для других целей (хирургических, зубоврачебных) действительно были во время наркоза изнасилованы, даже в присутствии и соучастии акушерки или сестры милосердия. Во всех этих случаях для наркоза был применен хлороформ. Подобных жалоб подавалось, однако, неизмеримо большее количество, чем было в действительности. Поэтому советуется врачу давать наркоз исключительно в присутствии помощника.

Напротив, с величайшим скептицизмом следует подходить к рассказу о мгновенном наркозе путем неожиданного поднесения к носу платка или склянки с неизвестным содержанием, после чего немедленно наступала, якобы, потеря сознания. Очнувшись же, потерпевшие обнаруживали, что они „изнасилованы“ или „ограблены“. Органами юстиции нередко задаются вопросы эксперту, возможны и правдоподобны ли такие случаи вообще и данный случай в частности. Дело, главным образом, касается жалобы на ограбление или изнасилование в поезде, закрытом помещении и даже на открытом воздухе. Подобные случаи крайне невероятны и обычно вскоре объясняются совершенно иначе, но абсолютно исключить их мы не имеем достаточных оснований<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> В последнее время мне пришлось дать заключение следующего характера. Хотя случай касается жалобы на ограбление (крадство), а не изнасилование, приведу его, в виду принципиального значения разбираемого вопроса. Крестьянин, приехавший в уездный городок, продал неизвестному лицу на базаре воз дров и отвез его по указанному покупателем адресу. Когда он сложил последнюю охапку дров, покупатель, якобы, незаметно поднес к его лицу носовой платок со слащавым запахом, отчего крестьянин немедленно потерял



До войны в воровских руках в ходу была „малинка“ (клюквенная водка, к которой примешивался хлорал-гидрат) в целях усыпления и ограбления. После революции хлорал-гидрат потерял всякое криминальное значение.

Вопрос, можно ли спящего человека незаметно для него захлороформировать, чтобы он не проснулся, и сон перешел в наркоз, дал повод к постановке соответствующих опытов. Опыты показали, что можно при соблюдении известных предосторожностей компетентному лицу привести спящее лицо в состояние наркоза, но иногда все-таки спящий просыпается. На основании собственного наблюдения Фрич также высказался положительно. В старой хронике судебных процессов известно несколько случаев захлороформирования злоумышленниками своих жертв с целью ограбления. Тем не менее каждый случай в отдельности вызывает вполне заслуженное сомнение.

Потеря или помрачение сознания возможны и без внешнего воздействия, например, при сотрясении мозга от падения, при параличе и проч., причем кто-либо может иногда воспользоваться таким беспомощным состоянием.

сознание. Очнувшись, он обнаружил пропажу лошади. В милицию он пришел вечером, через 14 часов после случившегося, нетвердой походкой. Опьянение он отрицал. Ввиду отсутствия у крестьянина мотива к ложному заявлению, милиция запросила: 1) возможен ли подобный случай, 2) каким веществом крестьянин мог быть усыплен, действовавшим к тому же столь продолжительное время. Эксперт дал заключение, что известные и употребительные наркотические и снотворные средства не действуют внезапно, а требуют для своего действия определенной концентрации, и что сон в продолжение стольких часов совершенно невероятен.

Точно так же неправдоподобно усыпление внутренним снотворным средством. Дело было переслано мне на вторичную экспертизу. Подтвердив заключение первого эксперта, я высказался в том смысле, что подобные случаи всегда заслуживают недоверия. Проконсультировав профессора Гинзбурга (известного Ленинградского фармаколога), я добавил в своем заключении, что в редких случаях не исключается возможности, что бромистый этил ( $C_2H_5Br$ ) может вызвать в ловких воровских руках быструю и скоропроходящую потерю сознания. Бромистый этил обладает слащавым запахом, о котором заявил крестьянин в своей жалобе.

Другим быстро оглушающим веществом является цианистый водород, обладающий горько-миндальным запахом. Оба вещества бывают в жидком состоянии.



### г) Иллюзии и галлюцинации изнасилования

Большое значение имеют иллюзии и галлюцинации, наблюдающиеся в начале наркоза или в конце при возвращении сознания. Kidd (см. у Гофмана) сообщил о девушке, впавшей в обморочное состояние при исследовании маточным зеркалом. Врач привел ее в чувство, дав понюхать нашатырный спирт, который она приняла за хлороформ. Впоследствии она вполне искренно утверждала на суде, что врач ее захлороформировал и изнасиловал.

Трудно было убедить суд в невиновности врача. Машка рассказывает об одной девушке, которая, забеременев, заявила, что во время эпилептического припадка обвиняемый снес ее в овин и там изнасиловал. Но это происшествие излагалось с такими подробностями, которые исключали самую возможность „бессознательного состояния“. Кроме того, выяснилось, что заявительницей преследовалась корыстная цель (см. у Гофмана).

### д) Изнасилование во время естественного сна

В каждом учебнике судебной медицины разбирается старый вопрос, можно ли изнасиловать женщину во время ее естественного сна, без ее ведома. Вопрос решается большинством авторов отрицательно. Однако, считается вполне возможным во время естественного сна одолеть женщину, застав ее врасплох, и изнасиловать, прежде чем она в состоянии будет сообразить в чем дело и оказать сопротивление. Возможен также обман, когда женщина принимает чужого мужчину за своего мужа. Крепкий сон и алкогольное опьянение, конечно, благоприятствует этому.

Один 19-летний молодой человек, еще не имевший полового сожительства, по другому поводу сознался, что ежедневно ночью шел на кухню, обнажал спящую там работницу соседей и несколько раз пытался произвести наружное половое сношение. Хотя он это проделывал регулярно каждую ночь, девушка ни разу не проснулась.

О том, что женщину можно обмануть, если она принимает чужого за мужа, традиционно передается около трех четвертей века из одного руководства в другое. Подобный случай сообщен шотландским юристом Cowan'ом<sup>1</sup>. Жена

<sup>1</sup> Опубликовано в 1862 г. в Edinb. med. journ., стр. 570.



трактирщика, три раза рожавшая, заснула после бессонной ночи в юбке и кринолине, лежа по привычке на левом боку. Внезапно проснувшись, она почувствовала на себе лежащего человека и подумала, что это муж. Приподнявшись, она заметила, что с нею лежит конюх, и его половой член находится во влагалище. Конюх соскочил и стал застегиваться. Она позвала мужа, сидевшего в соседней комнате и читавшего газету, и все ему рассказала. Конюх был арестован и осужден к 10 годам каторжных работ. Медицинской экспертизы на суде не было.

Аналогичные случаи передают Машка, Liegey<sup>1</sup> и др. В последнее 10-летие приобрел значение вопрос: можно ли во время гипноза изнасиловать женщину без ее ведома, противодействия и даже с ее согласия.

Бруардель сообщил об одном зубном враче, приведшем 20-летнюю девушку в транс и неоднократно совершавшем с нею совокупление, даже в присутствии ее матери.

Holthöfer<sup>2</sup> сообщает об изнасиловании одной 20-летней девушки во время гипноза, с заражением сифилисом. При этом потерпевшей было внушено забыть об этом факте после пробуждения. Другим гипнотизером ей было внушено во время транса вспомнить обо всем, после чего она рассказала о происшедшем с нею.

Хотя следует иметь в виду возможность подобных редких случаев, но необходимо отметить, что вообще можно лишь той женщине внушить отдаться, от которой и без гипноза можно ожидать успеха. Так как здесь приходится иметь дело, главным образом, с истеричками, то подобного рода заявления с их стороны следует подвергать строгой критике.

Raescke<sup>3</sup>, поднявший вопрос о возможности использования гипнотизером беспомощного состояния пациентки для удовлетворения половой страсти, вопреки ее воли и без ее

<sup>1</sup> Один крестьянин держал в трактире пари, что заберется ночью к некой глуповатой крестьянке и совершит с нею половой акт вместо мужа. Ему это удалось. Женщина проснулась, но приняла парня за мужа и не препятствовала совокуплению. Крестьянин выиграл пари, но был осужден.

<sup>2</sup> Monatschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. кн. 8/12. 1925 г.

<sup>3</sup> Monatschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. кн. 4/12, 1920 г. стр. 290 (реф.).



ведома, приходит к отрицательному заключению. Он утверждает, что показания гипнотизируемой о якобы совершенном над нею половом преступлении, данные ею также в гипнотическом трансе, но вызванном другим гипнотизером, должны рассматриваться, как заявления, сделанные в бодрствующем состоянии; другими словами, им нельзя придавать особой веры при отсутствии других веских доказательств. На этом мы покончим, считая, что более положительно можно будет высказаться впоследствии по мере разработки этого вопроса.

#### е) Изнасилование душевно - больных

Изнасилование душевно - больных и дефективных хотя нередко но не всегда доходят до суда. Мне пришлось несколько раз оказывать акушерскую помощь имбецилкам (умственно отсталым). Еще на студенческой скамье я видел в провинциальном германском университете девушку имбецилку, ухаживавшую за гусями. Она забеременела от неизвестного прохожего. Совершенно ясно, что умственно дефективные и больные не в состоянии оказать сопротивления и понимать совершаемых над ними действий. Такие особы часто страдают к тому же повышенной половой возбудимостью и как бы сами напрашиваются на половую связь; при этом партнеры их иногда могут и не подозревать о наличии душевной болезни, особенно в начале ее развития.<sup>1</sup> Следовательно, при рассмотрении подобных дел, вопрос идет не только о том, что

<sup>1</sup> Года 2 тому назад мне пришлось произвести экспертизу по поводу подозрения в изнасиловании своим поклонником одной 18-летней, физически хорошо развитой, красивой девушки, душевно - больной. Я видел потерпевшую в доме умалишенных, страдавшую острой душевной болезнью — манией. При исследовании ее с присущей таким больным болтливостью, живостью, находчивостью и бесцеремонностью, она рассказала, что любит своего поклонника, хочет выйти за него замуж, сама предложила вступить с ним в половую связь и не прочь была бы ее повторить. По ее словам, она ознаменовала день окончания школы 2-й ступени и вступление в самостоятельную жизнь началом половой связи. При исследовании она оказалась растленной. Ее партнер подтвердил ее слова, признался, что любит ее, хотел жениться на ней и понятия не имел о ее заболевании. Правда, в последние дни он замечал за нею особенную говорливость, приподнятое настроение и навязчивую ласковость, объясняя это радостью по поводу окончания ею школы и предстоящей с ним совместной жизнью. Действительно,



известная особа, подвергшаяся изнасилованию, душевно-больна или дефективна, но и о том, было ли такое состояние известно обвиняемому (Гофман).

#### ж) Изнасилование несколькими лицами

Ст. ст. 153 У. К. РСФСР и 164 У. К. УССР предусматривают изнасилование несколькими лицами в качестве отягчающего преступления обстоятельства. Громкий процесс „чубаровцев“ в Ленинграде, взволновавший в свое время общество, имел и в прошлом ряд прецедентов. Изнасилование „скопом“ совершается часто в состоянии алкогольного опьянения и сопровождается истязанием, повреждениями и издевательствами над жертвой.<sup>1</sup>

Иногда насильники не останавливаются перед молодым возрастом или психической болезнью своей жертвы. 40-летняя душевно-больная Дарья Ф. была изнасилована 12-ю мужчинами. При исследовании, произведенном 13 дней спустя, кроме расчесов на наружных половых органах, обнаружен зарубцевавшийся свежий рубец гимена.

При изнасиловании двумя или несколькими лицами среди партнеров, обычно, происходит разделение труда: один держит за голову и руки, другой за ноги, третий растегивает или разрывает одежды и насилует. Затем они меняются ролями. Иногда один мужчина берет себя помощника в этом трудном деле.<sup>2</sup>

маниакальные больные в начале своей болезни производят впечатление более жизнерадостных или разнузданных, чем психически-больные.

Само собою разумеется, в данном случае вопрос об изнасиловании с использованием беспомощного состояния отпал.

<sup>1</sup> 19-июля 1913 г. по дороге из деревни в столицу 25-летняя Евдокия П. подверглась нападению 15-ти молодых парней и изнасилованию. Она осталась на дороге в обморочном состоянии, кем-то была подобрана и отвезена в больницу. Там обнаружены разрывы плевы и удалены из влагалища 18 камушков, величиною от вишневой косточки до лесного ореха, и бутылочная пробка с остатками сургуча. На теле повреждений не было (Д. Брок.) В другом случае, сообщенном мне провинциальным экспертом, собутельники после изнасилования вложили во влагалище окурки папирос, в третьем случае — яичную скорлупу и т. п.

<sup>2</sup> 29-летняя Мария Т. посетила квартиру портного. 26-летний сын портного увлек ее в мастерскую и бросил на кровать. Он удерживал свою жертву, а подмастерье вставил его половой член во влагалище. (Д. Брок.)



Иногда косвенной помощницей является мать, предающая свою дочь разврату.<sup>1</sup>

#### Б. ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И СМЕРТЬ ПРИ ИЗНАСИЛОВАНИИ

Нередко обороняющиеся жертвы полового насилия получают серьезные повреждения не только половых органов и окружающих частей тела, но и отдаленных органов, костей и проч. Повреждения наносятся либо руками, либо др. тупыми и острыми предметами. 40-летняя гр. Мария Ч., подвергшаяся нападению нескольких матросов с изнасилованием, получила при этом вывих локтевой кости и распространенные кровоподтеки (Д. Брок).

В результате непосредственных телесных повреждений или вызванных ими последствий может наступить смерть жертвы: от удара в голову, от шока, от хлороформа, от последовательных воспалительных процессов и истечения крови. Здесь смерть является случайным обстоятельством. В других случаях изнасилватели умышленно убивают своих жертв, вслед за произведенным насилием, для сокрытия своего преступления. Бывали случаи, когда при изнасиловании или совокуплении, совершенном при обоюдном согласии, происходили попытки отравления своей жертвы через влагалище. Д-р Владимирский сообщил<sup>2</sup> о случае, когда муж из ревности влил во влагалище жены склянку с раствором сулемы в соляной кислоте, вследствие чего произошел распространенный некроз тканей, общее отравление и смерть.

Исследование и установление причин смерти производится по общим правилам. В случае наступления смерти во время

<sup>1</sup> 37-летний С., находившийся в продолжение 9 лет в любовной связи с гр. Р., однажды в ее отсутствии изнасиловал ее 16-летн. дочь. Половые сношения потом продолжались. В дальнейшем мать и С. не выпускали девушки из дома и требовали полового общения с С. Девушка от них удрала и заявила полиции (Дж. Брок).

Подобный случай был в моей клинической практике. Мне пришлось свидетельствовать 16-летнюю девушку, забеременевшую от старого „семейного друга“, который ей очень не нравился. Но мать настаивала на половой связи. Когда я спросил ее однажды, спустя года 2, почему она допускает близкие отношения мужчины (уже другого), который ей не нравится (она служила и материально была обеспечена), она весьма наивно ответила: „Он меня очень просил, мне было стыдно отказать“.

<sup>2</sup> На Саратовском Съезде суд. - мед. экспертов в июне 1927 г.



полового акта или тотчас же после него, факт бывшего совокупления обнаруживается наличием свежих повреждений либо нахождением сперматозоидов во внутренних половых органах женщины.

„Приходится удивляться“, говорит Брок, „сколько может женщина выдержать в смысле половых излишеств“ „Чубаровское“ дело служит прекрасной иллюстрацией. Д. Брок приводит подобные случаи.<sup>1</sup>

Изредка, впрочем, у кого-нибудь из преступников проявляются проблески совести, и он отказывается в последний момент от преступного намерения и даже старается защитить жертву.<sup>2</sup>

Очень часто изнасилования сопутствуют другого рода преступления — ограбления, кражи и проч. Летом 1915 г. 16-летняя девица Елена Б. подверглась нападению со стороны 33-летнего Петра М., который затащил ее в рожь и прижал к лицу тряпку с денатурированным спиртом. Она потеряла сознание и не знала, что с нею затем произошло. Проснувшись в рубашке и обуви, верхнее платье исчезло. Исследование на 5-й день обнаружило свежие следы лишения девственности (Брок).

А. Fornari<sup>3</sup> находит, что лица, обнаружившие преступные наклонности в юношестве, бывают одержимы врожденными аномалиями развития половых органов или психо-половых особенностей. Поэтому, нередко случаи, когда изнасилования сопровождаются ограблениями, убийствами и прочими тяжкими преступлениями.

<sup>1</sup> 35-летняя гр. Александра Шт. 5/VII 1905 г. была изнасилована в огороде 12-ю мужчинами, совершившими с нею в продолжение 3 часов не менее 30 совокуплений (сл. № 131). В другом случае (сл. № 274) 17-летняя Елена П. в апреле 1909 г. вечером была изнасилована и растлена своим знакомым, 17-летним Василием Н. на пустыре, возле деревни. На его свист прибежали 6 товарищей, которые насиловали ее в течение полутора часов, совершив около 40 раз половой акт.

<sup>2</sup> 18-летняя Александра И. 11/1 1914 г., возвращаясь из церкви после службы, была брошена сопровождавшим ее 17-летним парнем Ф. в снег. На его свист явилось около 20 парней, затащивших девушку в укромное место и начавших ее поочередно насилловать. Когда очередь пришла до 17-летнего К., то он, узнав в лежавшей под ним девушке свою подругу по школе, соскочил с нее, упросил других оставить ее в покое и проводил ее. Тем не менее, он также был осужден, но мягче (Д. Брок).

<sup>3</sup> Rass. di studi sessuali. № 6, 1926.



## В. ЖЕРТВЫ ИЗНАСИЛОВАНИЯ И СУБЪЕКТЫ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Кто же, спрашивается, является преимущественно жертвой полового насилия? Молодые и интересные женщины в расцвете своих прелестей, имеющих такую соблазнительную силу для мужчины? А их партнеры — молодые, здоровые и страстные мужчины, не сумевшие противостоять тому очарованию, которое производит на них женщина? — Вовсе нет! Как мы видели, среди жертв находятся годовалые дети и глубокие старухи, навряд ли сумевшие пленить своими физическими качествами. Среди преступников находятся лица всех возрастов до глубокой старости. Когда половой член уже отказывается больше служить, дряблая старость прикасается пальцами до нежного и чистого детского тельца с гнусными намерениями. Среди преступников последней категории не мало лиц со старческим слабоумием. Вообще, я полагаю, что увлечение в старческом и предстарческом возрасте половыми наслаждениями в ущерб умственной деятельности, семейным привязанностям и общественным интересам является началом слабоумия обусловленного изменениями в положении самых нежных частей головного мозга, заведывающих нашими моральными чувствами, уничтожением анимальной нервной системы за счет вегетативной. Поскольку здоровая симпатическая система нам нужна в молодом и зрелом возрасте, постольку она обременительна и излишня в старости.

Между тем, если бы изучение механики мозга показало нам, чем мозг действительно занят, — тогда многие „ученые“ или „государственные люди“, облеченные так наз. „общественным доверием“, предстали бы в виде половых сатиров.

Интересные сравнительные данные о возрасте жертв половых преступлений и преступников дает D. Aguiar A.<sup>1</sup> Его статистика обнимает 1274 случая преступлений против лиц женского пола на половой почве, прошедших в течение 12-ти лет (с 1911 по 1922 г.) через институт судебной медицины в Лиссабоне. Возраст жертв колебался между 2 и 50 годами. Большинство случаев — 145, 190, 258 и 275 пало на подростков (14, 15, 16 и 17 лет); 2 случая — на годовалых детей; 10 сл. — на 3-х летних детей; остальные возрасты до 13 лет дали от 11 до 71 случаев. 18 лет были 74 жертвы, от 19 до 50 лет — всего 17 случаев. Дети оказались жертвами преимущественно взрослых. Возраст преступников

<sup>1</sup> См. реф. в „Сборн. Суд. - Мед., экспертиза“ № 3, стр. 65.



колебался в 938 сл. между 11 и 74 годами. Из них 10 были в возрасте от 11 до 14 лет, 245 — от 15 до 19 л., 272 от 20 — 24 л., 173 — от 25 — 29 л., 79 — от 30 — 34 л., 50 — от 35 — 39 л., 50 — от 40 — 44 л., 22 — от 45 — 49 л., 21 — от 50 — 54 л., 20 — от 55 — 59 л., 5 — от 60 — 64 л., 10 — от 65 — 70 л. и 1 в возрасте 71 года.

При сравнении возраста преступников с возрастом их жертв D. Aguiar A. получил следующую любопытную таблицу:

Возраст преступников	Возраст их жертв
Свыше 70 лет . . . . .	2 года
От 60 до 69 лет . . . . .	От 3 до 6 лет
" 40 " 59 " . . . . .	" 7 " 11 "
" 35 " 39 " . . . . .	" 12 " 15 "
" 15 " 34 " . . . . .	" 16 " 19 "
" 11 " 14 " . . . . .	Свыше 11 лет

Отсюда автор делает выводы: 1) преступник предпочитает жертву моложе себя, 2) возраст преступников до зрелого увеличивается вместе с возрастом жертвы, 3) возраст преступников старше зрелого показывает обратное соотношение к возрасту их жертв.

Статистика показывает, что огромное большинство половых преступников встречается в молодом возрасте, среди них внушительный контингент составляют юноши и подростки. Среди материала D. Aguiar A 10% преступников был в возрасте от 11 до 14 лет, т. е. в возрасте большинства наших беспризорных.

G. Bodek<sup>1</sup> приводит случай с 9-тилетним мальчиком, пытавшемся произвести совокупление со своей матерью, на которую он бросился и обнял. В 14-летнем возрасте он оказался психопатом из патологических лгунов. В другом случае 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-летн. мальчик старался расстегнуть платье одной замужней женщины, крича при этом: „совсем голая“. Иногда малолетние нападали даже на взрослых девиц. 21-летняя Вася К. пришла к знакомой в гости. Сын хозяйки, 14-летний подросток, бросил ее на кровать и пытался изнасиловать с помощью кучера. При этом он бил девушку в лицо и ругал отборными словами (Д. Брок).

#### а) Самоубийство изнасилованных.

Остановимся на самоубийстве жертвы, предусмотренном II частью ст. 164 У. К. СССР и II частью ст. 153 У. К.

<sup>1</sup> Попытки совокупления у детей, „D. med. Woch.“ № 48, 1924 г.



РСФСР. Изнасилование или растление иногда оставляет настолько глубокий след, что влечет за собой нервное расстройство или психическую болезнь (у предрасположенных). Иногда душевное угнетение выражается в попытке или законченном самоубийстве. Е. Knobloch в прекрасной статье<sup>1</sup> приводит об этом богатые статистические данные из Пражского судебно-медицинского института. То же самое подтверждает и Брок примерами<sup>2</sup>, которые, впрочем, известны всякому<sup>3</sup>, изучавшему вопросы самоубийства.

Чрезвычайно интересен случай, недавно имевший место в М.

20-летняя гр. К., девица, познакомившись с гр. М., получила предложение вступить с ним в половую связь. Она поставила предварительным условием зарегистрироваться в ЗАГС'е. М. выразил согласие, но в виду позднего времени обещал зарегистрироваться на следующий день и выдал К. в качестве „гарантии“ расписку с обязательством зарегистрироваться после совершения полового акта. После того, как М. получил то, что ему нужно было, он вытащил у К. расписку и разорвал. Она собрала клочки. Обман на нее так тяжело подействовал, что она покушалась на самоубийство посредством перереза шеи, но была во-время спасена. Дело перешло к следователю, направившему потерпевшую к суд. мед. эксперту. Обнаружен был свежий разрыв девственной плевы. К характеристике партнера следует добавить, что, узнав о результате экспертизы, он нагло ворвался к врачу и заявил, что „К. уже раньше потеряла девственность“, и пригрозил врачу расправиться с ним, если последний не изменит заключения в его пользу.

Моральная травма, постигшая изнасилованную, и отчаяние, что „она потеряла честь“, является „пропащей женщиной“, „никогда не выйдет замуж“ и пр., и пр., объясняют ту радость, которую испытывает девушка, узнав, что она не растлена, — доказательство того, как высоко незамужняя женщина еще сейчас, ценит целомудрие<sup>4</sup>.

Связь самоубийства с половым преступлением в действительности чрезвычайно сложна. Изучение самоубийства

<sup>1</sup> Сексуальные причины самоубийства. Casop. lekar. cesk. 1923 г. № 44.

<sup>2</sup> 20-летняя Дарья С. пожаловалась на 25-летн. Игнатия Б., что он ее изнасиловал. Одна свидетельница видела ее исцарапанной. Дарья простила ему в виду обещания жениться, данного при свидетелях. Через несколько месяцев Игнатий ее высмеял, заявив, что и не думает жениться. Она пыталась отравиться серной кислотой, но выжила. Игнатий был осужден.

<sup>3</sup> См. мою ст. „Современн. самоуб. в РСФСР“ в трудах II Всер. Съезда суд. мед.-экспертов.

<sup>4</sup> 17-летн. Наталья П. подала жалобу в суд на изнасилование ее квартирантом. Она оказалась нерастленной и была этим сообщением осчастливлена. 17-летн. Мария С. показала, что гр. С., занимавший у ее хозяев угол, изнасиловал ее, когда они оставались одни в квартире. Несмотря на повторное совокупление, она оказалась девственной (Д. Брок) и т. д.



с точки зрения эротически - сексуальных факторов требует строгого объективного подхода. Вспомним о роли менструации в самоубийстве, о самоубийствах в период полового созревания, о влиянии эндокринных желез<sup>1</sup>, характерных изменениях черепа самоубийц (Крюков<sup>2</sup>). Половой акт может явиться лишь вызывающим мотивом, а действительная причина самоубийства заложена гораздо глубже.

Иногда покушение на самоубийство является лишь симуляцией, рассчитанной на определенное воздействие на партнера в смысле вымогательства денег или обещания жениться. При этом помогают близкие люди (родные, подруги), подробно их инструктируя, как давать показания, подготавливая к всевозможным вопросам следователя и судьи. Ясные и связные подробности, даваемые малолетними свидетелями, более сомнительны, чем неохотно даваемые ответы.

В целях симуляции изнасилования женщина может сама нанести себе повреждение.

Maschka описывает из своей богатой практики два подобных случая, в которых однообразие кожных царапин вызвало подозрение в симуляции, в чем женщина созналась.

#### б) Последствия изнасилования

О некоторых последствиях мы уже вскользь упоминали. Мы останавливались на тяжких и даже смертельных повреждениях, сопутствующих изнасилованию. Мы говорили о том, что иногда озверевший насильник, ради сокрытия полового преступления, совершает тут же еще более тяжкое преступление — убийство несчастной жертвы. Нам остается еще сказать о нервных потрясениях, связанных с переживанием.

Результатом изнасилования или попытки к нему может быть душевное потрясение и нервное заболевание, вызванное психической травмой, преждевременным пробуждением полового влечения, телесными повреждениями или влиянием какого-либо наркотического средства. У взрослых нервное расстройство иногда наступает в связи с внешними обстоятельствами преступления: угрозами, испугом. У детей наблю-

<sup>1</sup> См. мою статью в „Тр. II Всеросс. Съезда Суд. - Мед. Эксп.“.

<sup>2</sup> Сб. „Суд. - Мед. Эксп.“ № 1, „О дегенерат. черепе у самоубийц“.



даются судороги. При нервно-психопатическом предрасположении насилие может вызвать меланхолический психоз.

Ни одна телесная травма не производит такого гнетущего впечатления на девушку, как изнасилование. Ведь первое совокупление, совершенное при обоюдном согласии, является для девушки уже травмой. Что же сказать про грубое, неожиданное покушение человека-зверя?! В результате растления появляется нередко преждевременная половая зрелость, преждевременное наступление месячных. Все настроение и поведение девочки резко меняется. Мысль и внимание концентрируются на половом процессе, до сих пор совершенно неведомом, с которым связывались иллюзии таинственного и приятного.

Для многих женщин половое насилие есть первый шаг к проституции. Вот почему каждое государство всей суровостью своих уголовных репрессий стоит на страже половой неприкосновенности.

К числу весьма важных последствий изнасилования принадлежит заражение венерическими болезнями. Преступник оставляет на своей жертве двойную печать: растления и заражения.

Под венерическими болезнями понимают — сифилис, мягкий шанкр и триппер, передающиеся от больного здоровому преимущественно путем полового совокупления. Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него такой болезни, преследуется в порядке ст. 152 Уг. К. СССР и ст. 150 У. К. РСФСР. Кроме того, в целях профилактических, на основании II части ст. 150 Уг. К. РСФСР, предусматриваются меры социальной защиты в виде лишения свободы или принудительных работ на срок до шести месяцев за „заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью“. Вторая часть ст. 150 Уг. К. РСФСР имеет профилактическое значение и предусматривает возможность заражения через поцелуй, укус, употребление общей посуды.

Заражение венерической болезнью чрезвычайно часто. Оно усугубляется часто вполне сознательным актом, так как среди невежественных людей еще распространено мнение, что триппер излечивается совокуплением с девственницей.



Ввиду преимущественного значения полового способа передачи болезни, исследование половых органов и установление болезни играют доминирующую роль; другой способ передачи должен быть доказан противной стороной. Но при детском триппере способ заражения еще может быть спорным, вследствие одинаковой частоты заражения половым и внеполовым способом. У маленьких девочек триппер, или гоноррея, проявляется в виде остро-гнойного воспаления наружных половых органов и влагалища с сильным опуханием и краснотой.

У более старших девочек он в большинстве случаев развивается менее остро, но чаще ведет к осложнению в виде целого ряда чрезвычайно упорных заболеваний: к воспалению мочевого пузыря, матки, тазовой брюшины и маточных труб. Гоноррея устанавливается микроскопическим доказательством гонококков Нейссера. Для этого прожженной платиновой петлей или стерильным тонким ватным тампоном берут гнойные выделения из мочеиспускательного канала, наружных половых органов, влагалища и шейки матки, иногда из прямой кишки и производят бактериологическое исследование по Граму<sup>1</sup>. При отрицательном результате исследования обвиняемого и его жертвы необходимо повторить и даже многократно исследование гнойного выделения и стараться вырастить гонококков на спец. питательных средах (с члов. сывороткой или асцитической жидкостью и агаром). Это бывает в случаях, когда у обвиняемого хроническая форма гонорреи, при которой часто без специальной подготовки свидетелюемого, без так. наз. провокационного метода, гонококков не находят. У изнасилованной же им жертвы находят „бели“ без специфического микроскопического диагноза. Следует заметить, что у мужчины с хронической гонорреей (в скрытой форме) иногда лишь после многократного исследования выдавливаемой из предстательной железы жидкости можно найти гонококков.

Помню случай, когда я нашел у одной взрослой пациентки свежую гоноррею, а у мужа ее, болевшего гонорреей

<sup>1</sup> В виду того, что медики найдут подробности о венерических болезнях в специальных руководствах, а юристам подробности излишни, позволю себе указать последним на мое „Практич. руководство по судебной медицине“. Изд. 3-е 1927 г.



несколько лет до женитьбы и уверенного (на основании врачебного свидетельства) в своем исцелении, не было никаких объективных и субъективных явлений этой болезни. Необходимо было действительно ангельское терпение со стороны мужа, искренне любившего жену, чтобы подвергнуться 11 раз массажу предстательной железы, представляющему мало приятную процедуру. Только после 11-го массажа в капле, выделившейся из полового члена мутной слизи, обнаружены были гонококки.

Этот случай пусть служит всем ярким примером, как иногда необычайно трудно или вовсе невозможно установление гонорреи.<sup>1</sup>

В наружных половых органах женщины гонококки дольше всего гнездятся в так наз. Скин'овых железах, протоки которых открываются по обе стороны от наружного отверстия мочеиспускательного канала; иногда они обнаруживаются в виде мелких красных пятнышек, свидетельствующих о воспалительном процессе. На них должно быть обращено внимание при отсутствии других признаков гонорреи. Для получения выделений из железок, обмывают и очищают преддверие влагалища и затем производят с боку давление на мочеиспускательный канал.

Для исследования берут выделения обожженной платиновой иглой или стеклянной палочкой — у детей из влагалища и наружных половых органов, у взрослых — из уретры и шейки матки, так как влагалище всегда загрязнено другой бактериальной флорой.

Для пересылки выделений в лабораторию, пользуются либо стерильной пробиркой, либо двумя покровными стеклышками, на которые они тонко размазываются и высушиваются на воздухе. Перед исследованием препараты фиксируются и окрашиваются.

Инкубационный период гонорреи продолжается от 2-4 дней.

Мягкий шанкр вызывается стрептобациллом Dugrey. Он проявляется в виде одной или нескольких сильно гноящихся

<sup>1</sup> Н. Hirsch (D. m. W. 1924 г. № 47): один пациент, болевший более 10 лет тому назад гонорреей, осложненной парауретральным свищем мошонки, внезапно заболел острой гонорреей после верховой езды. Новая инфекция была невозможна.



язв, находящихся на наружных половых органах, животе, ягодицах, в которых содержатся возбудители.

Сифилис — тяжелая хроническая болезнь, поражающая все органы и ткани нашего тела, вызывается бледной спирохетой Шаудина. В то время, как триппер и мягкий шанкр известны в Европе с древних времен (триппер известен был в библейскую эпоху), сифилис, повидимому, впервые занесен к нам из Америки матросами Колумба.

Местоположение первичной язвы (твердый шанкр, *ulcus durum*) на наружных половых органах, а иногда обнаружение ее у возмужалых особ во влагалище или на шейке матки, определяет способ заражения. Наличие первичной язвы во рту или другом месте может быть результатом полового или внеполового способа заражения.

Первичная язва, появляющаяся обычно через 3 недели после момента внесения инфекции через поврежденную кожу (царапину) или слизистую оболочку, может служить некоторым указанием на момент инфекции, т. е. *coitus'a*.

Устанавливается сифилис на основании клинических признаков, нахождения бледной спирохеты, а в дальнейшем реакцией крови по Вассерману.

Как указано выше, доказательство полового преступления на основании наличия признаков венерической болезни, требует освидетельствования другого партнера. При этом следует указать, что положительный или отрицательный результат не доказывает и не исключает с точностью преступного деяния. Во-первых, обвиняемое лицо может быть больным, но не является фактически виновным; во-вторых, болезнь его могла быть залеченной, а ко времени совокупления могла заразить особенно нежные половые органы детей. В третьих, отсутствие заболеваний жертвы не может служить доказательством преступного деяния, ибо восприимчивость к болезни различна<sup>1</sup>, даже по отношению к каждой из трех венерических болезней<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> См. P. Fraenkel y Lochte, *Gerichtsärztl. Pr.*

<sup>2</sup> Я помню любопытный случай из своей военно-санитарной практики. Три офицера, здоровых в половом отношении, поехали в г. Сан-домир и посетили одну проститутку, с которой каждый имел совокупление. Все они заболели в „законный срок“, при чем каждый получил одну из трех венерических болезней: один — гоноррею, другой — мягкий



Иногда возбуждает сомнение срок заражения, указанный в деле. Пример: здоровый женатый молодой человек имел половую связь на стороне. В следующую ночь он имел сношение со своей женой. На третьи сутки жена получила острую гоноррею, а муж на день позже нее. С первого раза могло показаться, что жена заразила мужа, а не обратно — муж в „мирный семейный очаг“ внес гоноррею.

На этом я позволю себе закончить краткий обзор венерических заражений и перейду к следующему виду последствий изнасилования — не менее неприятному, хотя и не квалифицирующему преступление, — к беременности.

Может ли женщина забеременеть от изнасилования? Многочисленными фактами доказана возможность зачатия. Для наступления зачатия совершенно не нужно полового возбуждения, чему учат повседневные случаи беременностей и родов так наз. „холодных натур“ (*naturae frigidae*), никогда не чувствовавших полового влечения и отдававших своим мужьям по обязанности, из чувства сострадания или привязанности. Таких примеров бесконечно много, гораздо больше, чем раньше предполагали. Даже больше того, девушка, очень часто до замужества и первое время брачной жизни не испытывает наслаждения и совершает половой акт с отвращением. Тем не менее беременность наступает. У очень многих половое чувство пробуждается лишь после повторных совокуплений, по мере приобретения „опыта“, иногда — лишь во время беременности или после родов. Другие женщины, совершенно нормальные в половом отношении, не чувствуют полового влечения именно к своему мужу, а иногда питают и антипатию к нему, что не препятствует им забеременеть.

Беременность наступает также при совокуплении с женщиной, находящейся в состоянии естественного или патологического сна (наркоза). Половое возбуждение, организм женщины, лишь способствует зачатию, которое, быть может,

шанкр, третий — сифилис. Поделили поровну! Повидимому, существует индивидуальная восприимчивость к одной и невосприимчивость к другой венерической болезни. Молодые, нежные ткани девочки и девицы гораздо восприимчивее к гоноррее, чем более жесткая слизистая оболочка наружных половых органов и влагалища женщины рожающей.



наступает легче, благодаря некоторым присасывательным движениям матки.

### в) Судьба изнасилованных девиц

Крайне интересен вопрос, к сожалению еще мало изученный, о судьбе девушек, изнасилованных в раннем детстве.

С. Gogoncy<sup>1</sup> взял на себя труд обследования женщин, бывших в детстве — до 14-летнего возраста — жертвами изнасилования, попытки к нему или эквивалентного преступления (развратных действий и проч.). В виду огромного интереса, который представляет для нас его работа, я позволю себе несколько подробнее на ней остановиться. К моменту обследования все они были не моложе 20 лет, а старшей было 32 г. Gogoncy сообщает о 24 пациентках, из которых 17 ему удалось лично повидать. Отыскание, а затем обследование этих лиц было сопряжено с большими затруднениями и хлопотами. Он вызвал этих лиц в Кенигсбергский судебно-медицинский институт. По приходе, он старался посетительницу успокоить, объяснив, что нет никакого официального дела, а затем задавал вопрос, помнит ли она, что уже когда-то в детстве была в институте. Следовали вопросы об их образе жизни, половой жизни и др. обстоятельствах, заслуживающих внимания.

Все пациентки, за исключением одной, охотно отвечали, при чем не возникало сомнений в правдивости их ответов. В некоторых случаях Gogoncy сличал показания с историями болезней, показаниями врачей и суд.-мед. актами. Вид полового преступления был крайне разнообразен — от простого прикосновения к половым органам или развратных действий руками до грубого насилия, извращения (coitus in os) или даже повторного совокупления. Виновниками были молодые и зрелые мужчины, в том числе братья и отцы. Самой молодой жертве было 3 года от роду, двум по 5 лет, остальным от 7 до 14 лет.

Были обследованы 24 девочки: из шестерых растленных, была одна 8-летняя, остальные в возрасте от 11 до 13 лет. Одна из девочек имела настолько широкий вход во влагалище, что не оставалось сомнения в частых совокуплениях, в которых она и призналась. Все растленные, кроме 8-летней, продолжали половую жизнь. Две девочки заражены были гонореей. Все жертвы принадлежали к классу рабочих, мелких служащих и ремесленников. Шестеро из них жили в чрезвычайно тяжелых домашних условиях. В одном случае (сл. № 1) отец — пьяница, растливший свою дочь, уже однажды был осужден за преступление против нравственности; он умер в тюрьме, мать — нервная и развратная женщина. Мать другой девочки занималась, повидимому, проституцией, находилась с любовником и детьми в одной комнате. У других 3-х девочек родители были душевно-больные, девочки начали рано жить половой жизнью. У 6-й отец бросил жену и детей; дом матери посещали лица, знакомые полиции своим безнравственным поведением, предаваясь и здесь, повидимому, разврату. Некоторые девочки воспитывались в детском приюте, одна впоследствии зарегистрирована проституткой. Из 24 жертв — 8 вышли замуж: 4 за ремесленников и рабочих, 2 за купцов, 2 за служащих. Интересно, что замуж вышли именно те, которые находились в наиболее плохих домашних условиях, воспитывались в приюте и подверглись сравнительно тяжелому половому насилию. В том числе вышла замуж и бывшая проститутка. Двое умерло впоследствии, трое служат работницами, трое прислугами, двое служащими, одна сестрой милосердия, одна политической работницей, одна дома при родителях. Все окончили народные училища, как это требуется германскими законами. Часть допрошенных совершенно забыла о происшедшем с ними, за

<sup>1</sup> Zeitschr. f. d. g. g. Med. т. 7, кн. 1, стр. 1. 1926 г.



малолетством или незначительностью полового насилия. Двое, бывшие тогда постарше, производили впечатление дефективных. Другие из допрошенных сообщили, что уже давно забыли о прошлом насилии и вспомнили лишь по получении письма из института. И над ними не было серьезного насилия. Одна очень мало помнит, хотя в 13-летнем возрасте с нею произведено по крайней мере 3 раза совокупление. В свое время обнаружено растление. Помнит лишь, что виновник закрылся с нею и причинил ей боль; полагает, что всего один раз, но не исключает возможности, что было чаще.

Все остальные, подвергшиеся преимущественно внезапному нападению со стороны взрослых мужчин, с повреждением или заражением гонорреей, или неоднократно насилую, живо помнят о происшедшем. Одна из них, зараженная в 10-летнем возрасте, но не растленная, еще сейчас страдает упорными белями, не поддающимися лечению. Ей сейчас 29 лет, она занимает видное положение: „Я впадаю в ярость, когда об этом думаю“. О характере белей она не знает, ибо ни разу не находили гонококков. С 22-хлетнего возраста имела правильные половые сношения, но через год ее жених внезапно получил гоноррею и обвинил в этом невесту. Она возмутилась, подверглась медицинскому исследованию с отрицательным результатом. Помолвка была расторгнута. Двое допрошенных, подвергшихся грубому нападению с растлением, старались оправдать виновников. Одна из них (бывшая 8-летняя жертва, растленная отцом), сейчас 20-летняя, по профессии прислуга, плачет и объясняет, что всему виною была мать, отказывавшая отцу в половых сношениях и уходившая по вечерам из дому: „от этого и произошло“. Другая (13-летняя жертва знакомого мужчины), сейчас 27-летняя, говорит: „С человеческой точки зрения я понимаю происшедшее. Я была хорошенькой девочкой, а он разошелся с женой“. Она и тогда старалась выгородить его, взяв часть вины на себя<sup>1</sup>. Тяжелых нервных и душевных потрясений ни у кого не отмечено, вероятно, вследствие менее сильной реакции у детей, чем у взрослых. Дети часто не оказывают сопротивления, ибо привыкли подчиняться взрослым. Никому из опрошенных не было известно о растлении. За исключением одной, все остальные считали началом своей половой жизни совокупления, совершенные ими впоследствии сознательно. Растленные помнят лишь о причинении им боли. Кроме двоих, все начали впоследствии половую жизнь раньше 20-летнего возраста; особенных жалоб никто из них не высказывал.

<sup>1</sup> Д. Брок также рассказывает о 7-летней Нине Р., изнасилованной 13-летним Федором Ф. На суде она смело заявила, что Федор совершил с нею половой акт „с ее разрешения“.



## IV. ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНЫЕ ПОЛОВЫЕ АНОМАЛИИ

А. Половые извращения. 1. Противоестеств. эквиваленты полового акта. 2. Половой символизм. Б. Расстройства полового чувства. В. Половые отклонения.

### А. ПОЛОВЫЕ ИЗВРАЩЕНИЯ

В III главе мы довольно подробно остановились на противозаконной половой связи — на изнасиловании. Сейчас нам приходится коснуться и других видов удовлетворения половой страсти, общей особенностью которых является, что все они ненормальны. Эти виды имеют значительно меньший судебно-медицинский интерес и по характеру своему и по числу случаев и предусматриваются следующими статьями:

Уг. К. СССР: ст. ст. 162, 163, 165.

Уг. К. РСФСР: ст. ст. 151, 152, 154.

Объектом этих незаконных форм полового общения являются дети, малолетние и несовершеннолетние; взрослые же женщины лишь в исключительных случаях, напр., если они понуждаются др. лицами путем использования служебного положения. Рассмотрим отдельные виды противоестественного удовлетворения половой страсти и их криминальное значение.

#### 1. ПРОТИВОЕСТЕСТВЕННЫЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ ПОЛОВОГО АКТА

##### а) Онанизм

Под онанизмом (мастурбацией, рукоблудием) понимают чуждый природе способ полового удовлетворения путем раздражения половых органов при помощи какого-нибудь органа (пальцев, языка) или предмета или путем особых движений, производимых одним или несколькими лицами. Онанизм назван по имени библейского Онана, который совершал, собственно, coitus interruptus. Но у древних евреев и позже — у греков и римлян — онанизм был широко развит, подобно тому, как он развит в настоящее



время у всех культурных и диких народов. Римлянки употребляли для этой цели приап, или фаллус — подобие мужского члена, изготовленного из дерева или драгоценного материала. В национальном музее в Неаполе находятся бронзовые и золотые фаллусы, найденные при раскопках Помпеи и Геркуланума. Римлянки широко предавались онанизму и трибадии, чтобы избежать беременности; для этого они совокуплялись также с евнухами.

Из различных видов онанизма женщины отметим:

1) Раздражение наружных половых органов, в особенности клитора. Эта наиболее частая форма встречается несомненно уже у маленьких детей. Л. Мейер наблюдал годовалую девочку, онанировавшую путем трения бедер друг о друга. F.v. Winckel наблюдал десятимесячную девочку, которая, будучи усажена на колени няни, производила в течение нескольких минут движения тазом, после чего следовало выделение слизи из наружных половых органов, вероятно из Бартолиниевых желез. Тогда туловище девочки падало в изнеможении на спину. Не очень редко можно обнаружить взаимный онанизм у маленьких детей, воспитанников детских садов или школ, покуда на это не обратит внимания опытная воспитательница. Бывали случаи, когда преступные лица приносили маленьких детей за плату к взрослым, в целях возбуждения их путем раздражения половых органов ребенка. Pouillet рассказывает, что проститутки и светские дамы употребляют специально дрессированных собак для лизания их клитора и малых губ, получая от этого удовлетворение.

2) Раздражение мочеиспускательного канала посредством трения различными предметами, которые иногда при неосторожности попадают в мочевой пузырь и приводят к большим неприятностям. Неоднократно находили в мочевом пузыре острые предметы (булавки, иголки, перья, карандаши, проволоку и проч.).

3) Раздражение влагалища встречается реже. С этой целью употребляются свечи и резиновые предметы, напоминающие по форме и консистенции мужской член. У крестьянок — в ходу морковь и т. п.

4) Раздражение груди и грудных сосков руками и посредством сосания часто совершается вместе с другими



формами и приводит некоторых женщин в сильное возбуждение.

5) Раздражение прямой кишки. Moraglia рассказывает об одной проститутке, бывшей в состоянии, по ее словам, удовлетворять себя 14 различными способами.

Онанизм — один из самых распространенных пороков, вредно действующих на нервную и сосудистую систему. Причины его различны: темперамент, наследственность, отсутствие или боязнь нормальных сношений, плохой пример и подражание; в детском возрасте — часто неопрятность половых органов или зуд. Психические причины: шумная жизнь, чтение возбуждающей литературы, влияние среды и воспитания.

Местные явления при длительном онанизме: покраснение половых органов, коричневатая пигментация малых губ, иногда их удлинение и несимметричность, ненормально широкий вход во влагалище.

### б) Пикацизм

Формы удовлетворения половой страсти при помощи входного или выходного отверстия пищеварительного аппарата, вместо влагалища, называются пикацизмом; в первом случае — *coitus in os — irrumatio*, во втором случае — *coitus in anum — paedicatio*.

Уже Аристофан вспоминает об этих пороках, развитых в эпоху падения Рима. Тардые сообщает о совокуплении через задний проход, причинившим повреждение и повлекшем за собою жалобу<sup>1</sup>. По Eulenburg'у, в публичных домах были даже специалистки своего дела.

Однажды ко мне в клинику на прием пришли молодые супруги. Муж жаловался на „нервы“ жены, а жена сообщила, что муж совокупляется только через прямую кишку. Один губернский эксперт сообщил мне, что несколько лет тому назад судили некоего гр-на за противоестественные половые сношения с женой через прямую кишку. К сожалению, несмотря на все старания, мне не удалось поближе познакомиться с судебным делом. Если такого рода деяние не носит насильственного характера и совершается добровольно взрослыми лицами, то здесь нет криминала.

<sup>1</sup> См. также выше в гл. „Изнасилование“ случай Брока, закончившийся смертью от перитонита.

...культурами западно-европейского типа преследуются. Иногда coitus variatus, cunnilingus — лизание клиториса, fellatio — сосание и coitus in os или б

2. ПОЛОВОЙ СИ

2. Половое состояние ослабленной половой системы вызывает возбуждения вызываемые ассоциативными представлениями, называемыми эротическим символизмом, эксгибиционизм, и др.

Три помощи частей женской о  
волос и проч.) — фетиша —  
случаи поедания женских  
С целью получения фетиш  
от мелких краж до  
множественных уб  
одетых женщин в парадн  
жертв (предварительно  
по лестнице) ударом  
обнажал их, забирал чу  
гардероба, служившие ему  
— это раздражитель.  
обиходисты по

получают половые органы или ягоды или при совершении онани-  
ки. Нифоманки (сильно возбу-  
жденные; см. ниже) нередко  
стремясь привлечь мужчину  
был эксгибиционистом.



Некоторыми западно - европейскими законодательствами, находящимися под сильным влиянием религии, такие деяния еще преследуются. Иногда coitus совершается intra matris. Другие варианты ненормального удовлетворения половой страсти: cunnilingus — лизание наружных половых органов женщины, fellatio — сосание и лизание полового члена, соединенное с coitus in os или без него. Mixoskopia — созерцание совершения полового акта другими лицами.

## 2. ПОЛОВОЙ СИМВОЛИЗМ

Состояние ослабленной половой способности, при котором половые раздражения вызываются особенными, часто парадоксальными половыми ассоциациями или связанными с ними представлениями, называется половым символизмом (эротическим символизмом). Сюда относятся фетишизм, эксгибиционизм, пигмалионизм и некромания.

При помощи частей женской одежды или женского органа (волос и проч.) — фетиша — производится онанизм. Бывают случаи поедания женских выделений — мочи, крови и кала.<sup>1</sup> С целью получения фетиша совершаются нередко преступления — от мелких краж до убийства. У многих еще в памяти случаи множественных убийств молодых, красивых и хорошо одетых женщин в парадных ходах. Убийца убивал своих жертв (предварительно выслеживая, когда они поднимались по лестнице) ударом в голову сзади тупым предметом, обнажал их, забирал чулки и другие предметы женского гардероба, служившие ему фетишем. Только после этого он получал способность к половому совокуплению. Фетиш — это раздражитель.

Эксгибиционисты получают половое удовлетворение при обнажении половых органов или ягодиц перед лицами другого пола или при совершении онанистических манипуляций перед ними. Нимфоманки (сильно возбудимые в половом отношении женщины; см. ниже) нередко становятся эксгибиционистками, стремясь привлечь мужчину. Из талантливых людей Руссо был эксгибиционистом.

<sup>1</sup> О душевно - больном римском императоре Каллигуле говорилось: „Et quidem stercus uxoris degustavit“.

7. Судебная гинекология.



Удовлетворение половой страсти путем онанизма или др. способом перед женскими статуями называется пигмалионизмом.

Такие поступки имеют криминальное значение лишь потому, что совершаются в публичных местах и задевают общественную нравственность.

Удовлетворение половой страсти с женскими трупами наз. некроманией. Трупы для этой цели вырывают из могилы. Известный в свое время сержант Bertrand в течение нескольких лет вырыл на кладбище больше ста трупов и совокуплялся с ними. Он был осужден.

Половая связь людей с животными другого пола называется содомией, по имени древнего города Содома где, по преданию, был распространен этот порок. Для этой цели уже с глубоких времен употреблялись овцы, куры кобылы, коровы, гуси и свиньи. В древнем Риме *belluarii*, *sargarii* и *anserarii* доставляли для наслаждения при апа собак, коз и гусей. У женщин были любимы собаки. В Тулузе одна женщина за это была сожжена. В Австрии в 17 столетии одна дама высшего света была казнена за связь с обезьяной.

## Б. РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ЧУВСТВА

Рассмотрим количественные отклонения полового чувства. Слабое половое влечение или отсутствие его (гиполягния, или алягния) имеет для нас второстепенное значение; напротив, усиление его ведет к незаконным действиям.

Усиление полового влечения (гиперлягния) у женщин носит название нимфомании, у мужчин — сатириазиса.

### а) Нимфомания

Нимфоманки находятся в постоянном половом возбуждении, не удовлетворяющемся нормальным половым общением. Они доводят себя и мужей до полового истощения и готовы броситься в объятия каждому мужчине. Ненасытная и неудержимая страсть будит фантазию и чувственность, рисует соблазнительные картины. Половые органы находятся в постоянном возбуждении. En pendant к приапизму мужчин, у женщин наблюдается длительная, иногда болезненная, эрекция клитора — клиторизм. Достаточно прикосновения к половым органам, введение маточного



зеркала, чтобы вызвать оргазм. Одна дама высшего Берлинского света за торжественным обедом, под защитой салфетки, ухватила половой член своего соседа — старика, знатного сановника. Нимфоманки неспособны различать молодых от старых мужчин, ибо причина их болезни заключается в ненормальной возбудимости центров головного мозга, действующих уже под влиянием незначительных раздражителей. Нимфоманки делаются эксгибиционистками. Мать 5 детей в отчаянии от своей неутолимой страсти пыталась покончить жизнь самоубийством и попала в психиатрическую больницу, откуда боялась выписаться (Wulffen). 20-летняя девушка пыталась склонить родного отца к половой жизни. Молодая мать из сластолюбия лишила девственности свою 12-летнюю дочь путем введения пальца во влагалище. 8-летняя девочка с 4-хлетнего возраста предавалась половым сношениям с 6-12-летними мальчиками и заявила, что не может жить без сношений.

Клиническим эквивалентом нимфомании следует рассматривать повышенную склонность к кокетству, нарядам, чрезмерному употреблению помад, румян, духов и повышенную подозрительность по отношению к другим женщинам. На врачебном приеме они постоянно оттеняют половые моменты, желают гинекологических исследований и проч. Нимфомания может развиваться в периоде душевной болезни.

#### б) Эротомания

Особую форму половой гиперэстезии представляет эротомания — повышенная влюбчивость, более идеальная, платоническая любовь, без специфического полового желания, часто проявление истерии.

„У эротоманок любовь находится в голове“ (Мерцбах). Эротоманка — игрушка своей фантазии. Предметом ее любви может быть человек или неодушевленный предмет (Esquirol). Эротоманы живут всецело своей любовью и для себя; вся цель их существования — нравиться своему идеалу; они легко впадают в обожествление (нарцизм Havelock Ellis'a). При эротическом бешенстве (*furore erotomanicus*) встречается ряд соматических недугов (потеря аппетита, бессонница), нервно-психические расстройства, самоубийства и убийства других лиц по желанию последних.



Из эротомании иногда развивается психоз с бредовыми идеями преследования и величия и эротическое сумеречное состояние (delirium eroticum). Эротомания ведет к оскорблению публичной нравственности, к проституции и семейным раздорам. 38-летняя девушка, эротоманка, обвиняла своего отца, почтенного старика, в том, что он впустил к ней

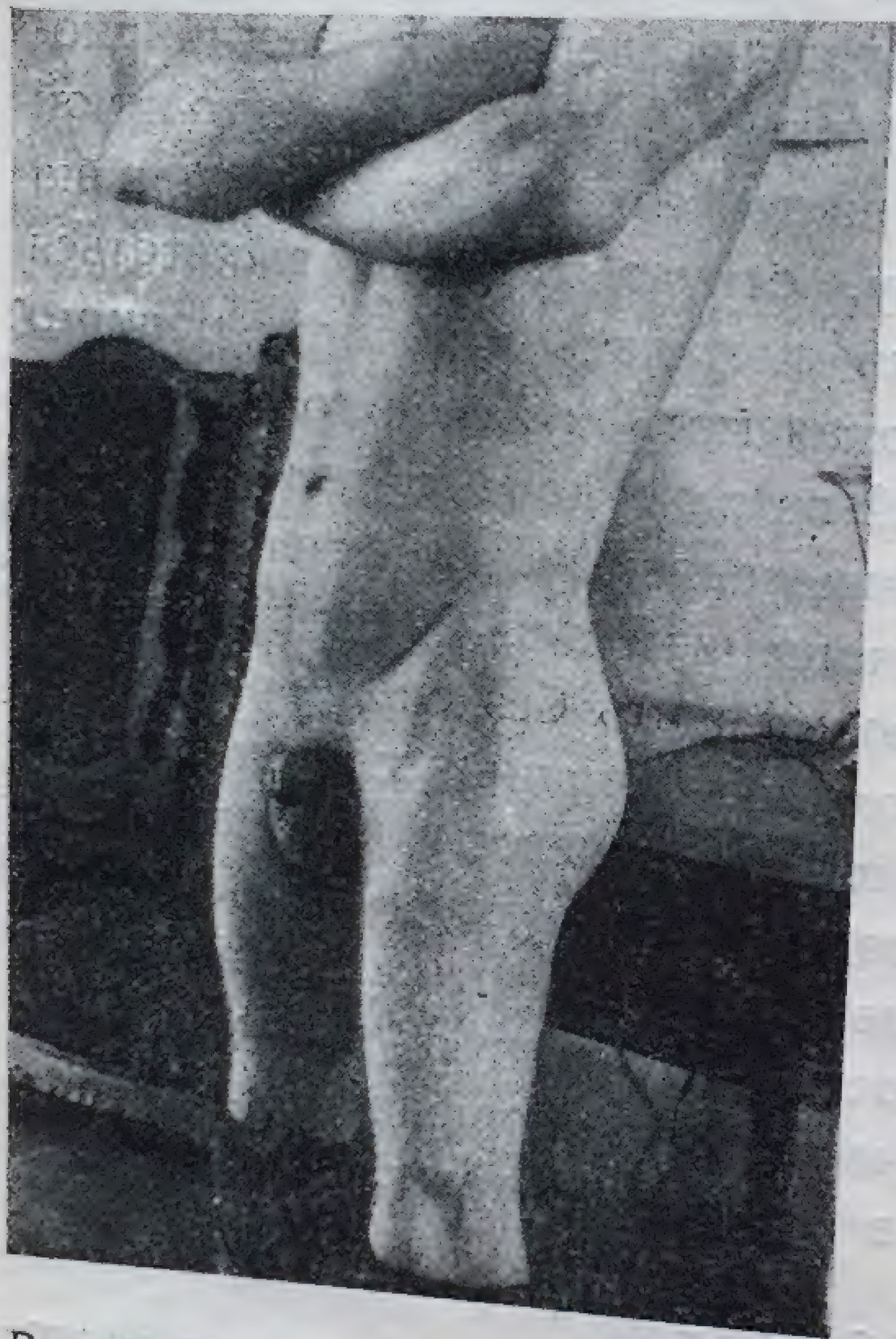


Рис. 6. Жена из ревности напоила мужа водкой и отрезала бритвой половой член (из коллекции д-ра П. Семеновского)

и ее сестре ночью мужчину, который их изнасиловал. „Соблазнителя“ она преследовала с оружием в руках. Другая молодая девица утверждала, что забеременела от изнасилования; она оказалась девственной. Молодая девушка возвела ложное обвинение на себя в убийстве новорожденного. Судебной практике известны случаи поджогов из болезненной мстительности, увечья мужей (отрезание полового члена) и убийства на почве эротической истеромании.

#### в) Сатириазис

Мужчина, страдающий сатириазисом, находится в постоянном половом воз-

буждении и всеми способами стремится к половому общению — законными и преступными. Если нет объекта — женщины, то он усиленно онанирует или содомирует. В женитьбе он доводит до истощения жену своими ненормальными потребностями. Один 70-летний старик, женившийся на молодой девушке, в течение суток имел свыше 10 совокуплений в продолжение 3-х месяцев. Причина сатириазиса, повидимому, в расстройстве внутрисекреторной функции яичек. Но иногда, подобно нимфомании, сатириазис может развиваться в результате психического и физического шока в одном случае он развился после падения на затылок.

г) Половая  
В заключение вскользь  
половых парадоксиях  
полового влечения или нали  
меры такой половой парад

#### д) Разврат

До сих пор мы предст  
иногда жертвами их дей  
чается не мало испорчен  
семейной или окружающ  
ния половой зрелости, он  
роки. Дома родители, ни  
в секрете своих половых  
ством прислушивается к  
его поражает. Вопрос, о  
разум и пробуждающую  
дуются на этот счет в шк  
ние, а некоторая похотли  
В большинстве случаев,  
ловые органы ребенка  
ние, ему это неприятно,  
быть преодолено, и разв  
бование показать полов  
начинает нравиться. Он  
ей дается легче. Многочис  
своему соблазнителю де  
Деньги, подарки и сла  
В следующий раз с соб  
часто по просьбе собл  
уже сами спрашивают  
стоянными посетителя  
жизни. Часто с внеш  
ние скромных  
Wulff — хо  
разврат



### г) Половая парадоксия

В заключение вскользь упомянем о так называемых половых парадоксиях: слишком раннем развитии полового влечения или наличии его в глубокой старости. Примеры такой половой парадоксии приведены были выше.

### д) Развращенные дети

До сих пор мы представляли девочек в виде жертв. Но иногда жертвами их действий являются взрослые. Встречается не мало испорченных девочек, развращенных своей семейной или окружающей средой. Задолго до наступления половой зрелости, они познают все наслаждения и пороки. Дома родители, нисколько не стесняясь, не держат в секрете своих половых отношений. Ребенок с любопытством прислушивается к разговорам. Первое откровение его поражает. Вопрос, откуда происходят дети, занимает разум и пробуждающуюся фантазию. Какие разговоры ведутся на этот счет в школе! Не настоящее половое влечение, а некоторая похотливость ведет детей на ложный путь. В большинстве случаев, когда соблазнитель ощупывает половые органы ребенка или пытается совершить совокупление, ему это неприятно, больно. Отвращение еще должно быть преодолено, и развратники хорошо преуспевают. Требование показать половые органы и ощупывание ребенку начинает нравиться. Он начинает сначала робко дотрагиваться до полового члена. Если девочка онанирует, то все ей дается легче. Многочисленные примеры подтверждают, что девочки в этих делах делаются активными. Они обещают своему соблазнителю держать все в тайне и опять придти. Деньги, подарки и сладости играют при этом важную роль. В следующий раз с собою берется подруга (двоим смелее), часто по просьбе соблазнителя. В следующий раз девочки уже сами спрашивают, когда им притти. Они становятся постоянными посетительницами, пока преступления не обнаружится. Часто с внешней стороны они производят впечатление скромных девочек. В одном городке — рассказывает Wulffen — хозяин маленькой сапожной мастерской, старый развратник, привлекал к себе маленьких девочек за мзду



(давая каждой 5 копеек). Особенная жадность и похотливость направляла к нему детей. Они не оставляли старика даже тогда, когда уже совесть его мучила, и он сам не желал этого. Они угрожали, что донесут на него.

Другому старику сказала однажды 12-летняя девочка: „Дай мне грош (5 коп.) на карусель, я покажу тебе...“ Это предложение повторилось — старик пал ее жертвой. Во время сбора вишен в садах, трое девочек-подростков ходили по сборщикам, предлагали обнажаться и давали себя ощупывать, выпрашивая за то вишни. Один банщик, ощупывая половые органы 13-летней девочки онанировал другой. Девочка сказала ему на это: „Я это лучше умею“...

#### е) Ложный донос

При разборе судебных дел поражает количество ложных обвинений, свидетельских показаний. Мы уже в самом начале указывали на ряд отличительных признаков женщины. Мы забыли упомянуть, что ложный донос, на котором нередко строится все судебное дело, — является отличительной чертой женщины, символом женского способа борьбы — нападения и защиты, мести, ревности и пр. Самый частый повод к этому, конечно, половая область.

Здесь пассивность женщины развивает необычайную силу фантазии. Уже девочки склонны к ложным доносам, особенно при незначительной дефективности. Истерички с их бредовыми идеями ревности и безосновательной мнительностью являются самыми способными и безжалостными доносчицами, передающими с поражающими подробностями развратные действия, изнасилование, чудеса и проч. Достаточно ярким примером этого являются средневековые процессы ведьм. Две ученицы, влюбленные в одного молодого учителя, стали одна перед другой гордиться успехом у него и рассказывать всякие небылицы. Одна рассказала, что учитель ее поцеловал, а другая ответила первой, что учитель привлек ее к себе и обнял. Ревнивая приятельница проболталась об этом, и на учителя была подана жалоба о развращении. Тогда выяснилась полная необоснованность обвинения и истинные мотивы. Нередко ложные обвинения, интриги и шантаж приводят невинных лиц на скамью подсудимых. О случае ложного обвинения отца



в изнасиловании двух дочерей уже сказано. Вульфен передает случай, когда один фармацевт был присужден к 2-хлетнему тюремному заключению за половое преступление, по обвинению его 13-летней девочкой. Он отбыл наказание и вышел из тюрьмы разбитым и нетрудоспособным. Служебное поприще было испорчено, вся жизнь разбита. В начале войны его прежняя обвинительница, ставшая сестрой милосердия, почувствовала, вероятно, угрызения совести и заявила под клятвой, что она тогда на суде солгала. Фармацевт был реабилитирован, — но, увы, сил и здоровья ему не вернули. Одна девушка обвиняла 65-летнего кучера в том, что забеременела от него. Он был осужден. Спустя два года она указала на своего отца, как на истинного виновника. Последний признался и был также осужден. Девушка признана дефективной и помещена в клинику. 13-летняя девочка обвиняла двух молодых людей в развратных действиях с нею. На предварительном следствии она созналась в ложном показании, объяснив желанием отомстить одному из молодых людей, давшему ей когда-то пощечину (см. у Вульфена). Многочисленные примеры заведомо ложных обвинений в половых преступлениях объясняются, по моему мнению: 1) осведомленностью населения о тяжелых репрессиях, налагаемых за такого рода преступления, 2) легкостью фабулы из половой области, где, обычно, не бывает свидетелей и 3) расчетом на большую правдивость. О краже, например, донести нельзя, если не существует украденная вещь. Нельзя говорить о телесных повреждениях, если их не видно.

Примеры заведомо ложных обвинений и свидетельских показаний заставляют нас подходить к каждому случаю критически и искать объективных доказательств. Не следует, однако, впадать в другую крайность и совершенно не придавать значения показаниям детей, как советует, например, Багинский. „Ребенок дает ложные показания не потому, что он умышленно лжет, а в силу психо-физических законов своего возраста“, — говорит Багинский, в значительной степени будучи прав. Ложные ассоциации, расстройство воображения, богатая фантазия и перегруженная психика детского мозга кристаллизуются в неправильные представления,



выражением коих являются ложные показания. Багинский несомненно несколько преувеличивает. Многочисленные осужденные за половые преступления после осуждения сознаются в правдивости показаний детей — их жертв. Ближе подходит к истине Молль: „Если бы судьи знали, сколько фантазии заключается в детском мозгу, особенно в половой области, то относились бы с меньшим доверием к их показаниям. В качестве эксперта я участвовал на различных процессах, будучи еще сейчас убежден в несправедливости обвинительного приговора, потому что судьи незнакомы были с половой жизнью детей и особенно с их психологической жизнью“. Вульфен, цитируя в своей прекрасной книге обоих авторов, готов придавать большее значение детским показаниям, но считает большим искусством и умением принимать таковые и давать им должную критическую оценку. Вульфен рекомендует количество допросов детей по возможности ограничить. В трудных и сомнительных случаях привлечь психолога или педагога, но с осторожностью, потому что вопросы этих специалистов в состоянии ребенка запутать. Если перед судом выступает девочка 4 лет в качестве свидетельницы или потерпевшей, то необходима величайшая осторожность и от свидетельских показаний взрослых, близких ей лиц, отказываться нельзя. Но как раз в таком возрасте фантазия на половой почве — еще редкое явление. Особенно опасными свидетельницами являются нравственно испорченные, похотливые и преждевременно зрелые дети. Фантазия их загрязнена бывает половыми приключениями и может привести к ложным осуждениям. Лживые свидетельницы, но не испорченные в половом отношении, не так опасны: их ложь не так убедительна и неправдоподобна. Особую категорию составляют дефективные, истеричные и внушаемые свидетельницы. Чрезвычайно важно правильно распознать их болезненное состояние.

## В. ПОЛОВЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ (ПАРЭСТЕЗИИ)

### а) Садизм

Маркиз de Sade в свое время описал форму полового удовлетворения, сопряженного с грубым насилием мужчины над женщиной. Этот противоестественный порок назван по

Sacher-Masoch описал чувства, когда мужчина будучи истязуем женщиной называл этот порок мазохизмом. Розгами подростки испытывают чувств. Об этом Руссо, ставший сам мазохистом, в области половых средств, облегчающих возбуждения п...



имени автора садизмом. Садисты причиняют умышленно своей жертве болезненные ощущения (кусают, секут розгами и проч.). Иногда садизм принимает чрезвычайно опасные формы зверского насилия в виде убийства, как прелюдии к половому акту. В других случаях убийство является самоцелью (люстморг) или заключительным аккордом. Способ убийства различен; он заключается то в удушении, то в распаривании живота с вырезыванием внутренностей, то в ранениях с последующим обескровлением жертвы, причем иногда выпивается кровь или поедаются куски органов, а части тела или одежды забираются с собою в виде фетиша. Много таких жестоких садистов-альголягистов было среди коронованных особ; вспомним про Нерона, Каллигулу, Генриха VIII, Ивана Грозного и др. Такие убийцы ради удовольствия (Lustmörder) оставляют часто свою жертву обнаженной, в том положении, в каком она была убита. Повидимому, вид разодранного трупа доставляет им наслаждение.

#### б) Мазохизм

Sacher - Masoch описал другого рода извращения полового чувства, когда мужчина испытывает половое удовлетворение, будучи истязуем женщиной. По имени автора, Krafft-Ebing назвал этот порок мазохизмом. Следует указать, что сечение розгами подростков развивает в них иногда мазохические чувства. Об этом повествует в своей „Исповеди“ Руссо, ставший сам мазохистом. У женщин легкое сечение розгами в области поясницы и ягодиц прежде считалось средством, облегчающим зачатие, а в древности применялось для возбуждения половой страсти женщин.



## V. ГОМОСЕКСУАЛИЗМ

А. Развитие гомосексуализма. Б. Причины гомосексуализма. В. Трансвеститизм. Г. Криминальное значение аномалий половых отклонений.

### А. РАЗВИТИЕ ГОМОСЕКСУАЛИЗМА

Общим признаком всех болезненных отклонений, о которых шла речь, было влечение к лицу другого пола — гетеросексуализм. В противоположность им существуют половые извращения, общим признаком которых является половое влечение к лицам одного пола. Извращение полового чувства — гомосексуальная парерозия — встречается у мужчин и у женщин. У лиц, страдающих этим пороком, либо с самого начала отсутствует половое влечение к лицам другого пола, либо оно бледнеет и отступает на задний план ко времени половой зрелости перед сильно развивающимся телесным и душевным влечением к лицам одного пола. Среди мужчин так назыв. урнинги (педерасты) участвуют в половом общении с мужчинами активно или пассивно. Пассивные педерасты эффеминируются (т. е. делаются женоподобными), тяготеют к женским занятиям и платью, приобретают женские вкусы и походку. Иногда их трудно узнать. Рис. 7 представляет эффеминированного мужчину.

Krafft-Ebing считал в свое время гомосексуализм признаком вырождения, основанного на наследственном отягощении. Как психиатр, Krafft-Ebing видел в нем вид психопатии. В настоящее время гомосексуализм объясняется иначе. Половая жизнь гомосексуалистов ненормально рано и сильно развивается; любовь проходит часто в сфере мечтательной экзальтации, при постоянной истеро-неврастении. Лица эти часто очень талантливы в искусстве, музыке, литературе (напр., Оскар Уальд).

Гомосексуализм может быть врожденным или приобретенным. У женщин гомосексуализм называется по имени поэтессы Сафо, находившейся в половой связи с молодыми

жителями древне-греческого  
мом, лесбийской любовью  
Сафизмом страдаю

ститутки, дамы  
всех видов поло-  
вых наслаждений  
с мужчинами, у  
них развивается  
влечение к своему  
полу и отвраще-  
ние к мужчинам.

Трибадия встре-  
чается в женских  
клубах Парижа,  
Берлина и Лон-  
дона, в публичных  
домах и проч. По  
Parent - Duchate-  
let'у, проститутки  
начинают зани-  
маться трибацией  
после долгого за-  
нятия своим ре-  
меслом.

Brantôme пе-  
редаст об одном  
случае mariage en  
trois: муж - педер-  
аст влюбляется  
в любовника  
своей жены. Он  
совершает с ним  
половой акт во  
время  
с его женой. Это было р-  
любящих друг друга мо-  
(Wulffen).

Половые органы гомосе-  
терных изменений. У ж-  
наблюдается тяготе-  
так назыв. гин-

Рис. 7.  
су



жительницами древне - греческого города Лесбоса, — с а ф и з м о м, лесбийской любовью, или трибадией.

Сафизмом страдают преимущественно артистки, проститутки, дамы высшего полета и проч. После испытания всех видов половых наслаждений с мужчинами, у них развивается влечение к своему полу и отвращение к мужчинам. Трибадия встречается в женских клубах Парижа, Берлина и Лондона, в публичных домах и проч. По Parent - Duchatelet'у, проститутки начинают заниматься трибадией после долгого занятия своим ремеслом.

Brantôme передает об одном случае mariage en trois: муж - педераст влюбляется в любовника своей жены. Он совершает с ним половой акт во время полового общения последнего с его женой. Это было разрешение проблемы, когда трое любящих друг друга могли одновременно наслаждаться (Wulffen).

Половые органы гомосексуалистов не представляют характерных изменений. У женщин, практикующих этот метод, наблюдается тяготение к мужским занятиям и привычкам, так назыв. гинандрия.



Рис. 7. Эффиминированный мужчина - гомосексуалист (из Wulffen'a, Sexualverbrecher)



В то время, как половая связь между мужчинами западно-европейскими законами преследуется, половая связь между взрослыми женщинами, совершаемая добровольно, в большинстве государств обходится молчанием.

В. Липман полагает, что встречающееся у молодых девушек обожание не основано на сексуализме, а на непонятном влечении в переходной период полового развития. Липман говорит, что женский гомосексуализм происходит от непонимания и непознавания мужчины. Иногда психическая травма дает толчок к развитию гомосексуализма; например, первое грубое столкновение с животным инстинктом мужчины, память о котором остается на всю жизнь и ведет к прорыву наружу гомосексуальных инстинктов.

Иногда половое заражение ведет также к отвращению к лицу другого пола и к развитию гомосексуализма.

19-летняя девица, работница, была растлена и заражена венерической болезнью. В больнице она всего наслушалась и нагладелась. С того времени она потеряла работоспособность и пребывала либо в рабочем доме, либо в тюрьме. В доме принудительных работ девушки ложились спать рядом.

С этого времени мужчины ее больше не интересовали. Она дружила только с красивыми девушками. Чтобы забыть, какой болезни она подвержена, она целый год занималась проституцией. Отец ее алкоголик. Плохие домашние условия.

Незамужняя, немолодая и неудовлетворенная девушка может обратиться к гомосексуализму. Kowalevski различает два вида „старых дев“. Одни несут крест без жалоб и отдают свои силы на служение ближнему.<sup>1</sup> Другие выражают активный протест в форме злобы по отношению к окружающим, вражды, сплетен и пр. Одни приносят разум и душу на пользу общества, выступая в роли сестер милосердия, незаменимых учительниц, преданных политических работниц и т. д. Они „умертвляют“ в полном смысле слова свою плоть и витают в высших, нравственных сферах. „Старые девы“ другой категории — вечно недовольны,

<sup>1</sup> См. Ибсен „Knonpretendenten“: Lieben alles, opfern und... vergessen zu werden — das ist mein Los!.



раздражительны, злы, мстительны, злопамятны и лживы, восхваляют свою невинность и не терпят в этой области нарушений, но сами, не теряя надежды на будущее, не отказываются иногда от.... неестественного удовлетворения своей потребности; недостающий объект заменяется фантазией. Все это дает почву для развития в климактерическом периоде психоза, иногда с галлюцинациями эротического характера, повышенной половой возбудимостью и проч.

Щтекель, автор известных трудов о половой психопатии, рассказывает об одной писательнице, бывшей с 15-летнего возраста в половой связи с офицером. Она была им заражена и с тех пор почувствовала отвращение к мужскому полу. На 22-ом году — мечтательная, идеальная любовь к подруге, с которой она вступила в половую связь, выступая в активной роли мужчины. Для этого она пристегнула себе искусственный половой член из резины и дома одевала мужское платье. В течение последующих 20 лет она любила только женщин.

Мы видим на этом примере постепенное превращение гетеросексуального влечения в гомосексуальное.

Гомосексуалистки очень ревнивы; на этой почве происходят взаимные оскорбления, ранения и убийства.

Артистка приревновала свою возлюбленную, тоже артистку, к ее любовнику и застрелила последнего.

Одна венгерка выстрелила в другую из чувства ревности, в виду кокетства последней с официантом. После неудачной попытки к убийству, она покушалась на самоубийство, была осуждена на 8-месячное тюремное заключение. К этой категории случаев принадлежит следующий, разбиравшийся недавно в суде. Одна студентка познакомилась с другой, старшей по возрасту, и переехала к ней на квартиру. Они поклялись друг другу в верности и никогда не расставаться и закрепили свою клятву татуировкой. Половая связь между ними не установлена. Через некоторое время между ними начались раздоры на почве ревности младшей подруги. „Семейные“ сцены надоели старшей подруге, начавшей томиться сожительством с другой своей подругой, на котором последняя настаивала. Однажды, когда обе подруги гуляли за городом на кладбище, старшая из них подняла камень и заявила младшей, что собирается ее убить, так как не желает с нею больше жить, но и не в состоянии ее оставить: не хочет, чтобы она подружилась с кем-нибудь другим. Удар камнем только оглушил подругу и причинил расстройство слуха. На короткое время они помирились. Когда спустя некоторое время старшая подруга опять заявила о нежелании дальше совместно жить, младшая всадила ей кухонный нож в область лопатки и ранила легкое. Затем, получив от раненой подруги деньги на дорогу и выждав результата операции легкого, она уехала. Узнав через несколько месяцев, что ее разыскивают, она немедленно возвратилась и явилась в милицию.



Хотя этот случай с медицинской точки зрения остался невыясненным, мы должны причислить его к гомосексуализму или к пограничному состоянию.

Очень интересен, но также покрыт тайной, случай, описанный д-р Рясенцевым<sup>1</sup>.

Murtric Douglas C. сообщает об убийстве и самоубийстве из ревности двух гомосексуалистов<sup>2</sup>.

Мы видим, что женский гомосексуализм не всегда безвреден и может привести на скамью подсудимых. Во время первых лет моего студенчества, в начале 900 г.г., в Бреславле произошел нашумевший в свое время случай. Один школьный работник познакомился с молодой женщиной; между ними завязалась дружба и затем последовала помолвка. Однажды невеста заболела, и жених настаивал на приглашении врача. Больная упорно отказывалась, но уступила просьбам, и врач был приглашен. Тогда больная наотрез отказалась раздеться. Так как ее уговаривали, то она вновь уступила просьбам и вышла в соседнюю комнату. Через некоторое время оттуда раздался револьверный выстрел. Когда туда вбежали, невеста оказалась лежащей на полу с простреленным черепом и с револьвером в руке. При обнажении ее открылась тайна ее упорного отказа от врачебного осмотра: она оказалась мужчиной. Несчастный жених сбежал с города.

#### Б. ПРИЧИНЫ ГОМОСЕКСУАЛИЗМА

В противоположность мнению прежних авторов, видевших причину гомосексуализма в ненормальной психике либо в приобретенном пороке<sup>3</sup>, новейшее учение пытается иначе его объяснить. Особенная заслуга в этом принадлежит немецким ученым М. Hirschfeld'у, Steinach'у, Steckel'ю и др.

<sup>1</sup> Сборн. „Суд. мед. экспертиза“ № 2.

<sup>2</sup> Две сиделки, работавшие в одном институте, жили вместе; из найденных после их смерти писем обнаружилось близкие отношения. Одна из них, помоложе, играла активную роль в половых отношениях, приревновала свою подругу к другой молодой женщине, застрелила подругу, а затем себя.

<sup>3</sup> Впервые половое извращение было подробно изучено Каспером (Vierteljahrsschr f. ger. Med. 1852 г. т. I).

М. Гиршфельд и  
происхождением крыс)

Как известно, половые  
особенностей и полового  
яичек) половой  
указывает, а у лиц, кастриро-  
В половых железах наход-  
железу половой зрелост-  
вотными определил, что  
пола различны, строго сп-  
подтверждения своего пр-  
и пересаживал им п-д к  
Если железа приживалась  
скаженными им яичниками  
женными им яичками сам-  
и похищенные половые п-  
и маскулинизирова-

У кастрированных сам-  
половые органы не разви-  
Зато развились некоторые  
режне, грудная железа. Г-  
совершенно аналогичное  
схожих с имплантированными  
мужскими, волосы вз-ерош-

Идя таким путем д-  
пересадки яичка и яич-

разовал двуполых осо-  
животными Штейнах п-

стал искать разгадки  
строении „железы пол-

тельно, в яичках мужчи-  
ской железы половой  
железу. Если результа-

они должны были бы-  
ративном удалении гер-  
нормальной. Хирурги л-  
около 20-ти таких опе-

сексуалиста, у которых  
туберкулеза, путем пер-  
вратить в гетеросексу-

женился и чувствовал н-  
женился. Еще несколько  
сексуалистов  
М. med. W.  
D. med. W.



М. Гиршфельд и Штейнах (автор известных работ над омоложением крыс) придерживаются теории врожденного происхождения гомосексуализма.

Как известно, половые железы человека обуславливают в значительной степени развитие вторичных половых признаков, психологических особенностей и полового влечения. При удалении половых желез (яичников, яичек) половое влечение по истечении некоторого времени угасает, а у лиц, кастрированных в детстве, не пробуждается вовсе. В половых железах находятся группы клеток, составляющих так наз. „железу половой зрелости“ (Pubertätsdrüse). Штейнах опытами над животными определил, что эти железы половой зрелости у каждого пола различны, строго специфичны, различимы под микроскопом. Для подтверждения своего предположения он кастрировал животных (крыс) и пересаживал им под кожу половые железы особи другого пола. Если железа приживалась, он получал кастрированных самцов с пересаженными им яичниками самок и кастрированных самок с пересаженными им яичками самцов. Этим ему удавалось изменять телесные и психические половые признаки, т. е. феминизировать самцов и маскулинизировать самок.

У кастрированных самцов (крыс) с привитыми яичниками мужские половые органы не развивались, оставаясь в инфантильном состоянии. Зато развились некоторые женские особенности: форма головы, ожирение, грудная железа. Половое влечение к самкам отсутствовало. совершенно аналогичное изменение произошло у кастрированных самок с имплантированными яичками. Формы тела сделались более мужскими, волосы взъерошенными, половое влечение отсутствовало.

Идя таким путем дальше, Штейнах, путем одновременной пересадки яичка и яичника кастрированному животному, образовал двуполых особ (гермафродитов). От опытов над животными Штейнах перешел к исследованиям людей. Он стал искать разгадки гомосексуализма в ненормальном строении „железы половой зрелости“. Он нашел, действительно, в яичках мужчин-гомосексуалистов элементы женской железы половой зрелости, т. е. двуполоую половую железу. Если результаты его исследований были верны, то они должны были бы подтвердиться на опыте, т. е. на оперативном удалении гермафродитической железы и пересадке нормальной. Хирурги Лихтенштейн и Мюзам сделали около 20-ти таких операций. Первому удалось одного гомосексуалиста, у которого были удалены яички по поводу туберкулеза, путем пересадки яичек другого человека превратить в гетеросексуалиста; последний в течение года женился и чувствовал нормальное половое влечение к своей жене<sup>1</sup>. Еще несколько раньше в пользу операции гомосексуалистов высказался Rohleder<sup>2</sup>. Учение Штейнаха

<sup>1</sup> M. med. Woch. 1918, № 6

<sup>2</sup> D. med. Woch. 1917, № 48



и Гиршфельда, нуждавшееся еще в проверке, явилось, однако, могучим импульсом в развитии биологической мысли в новом направлении.<sup>1</sup>

Штекель предложил несколько другую теорию. Он исходит из предпосылки, что каждый человек предрасположен к двуполости (бисексуализм); двуполый период существует до наступления половой зрелости, затем он вытесняется гетеросексуализмом (моносексуализм). Однако, у каждого мужчины и женщины существуют остатки, указывающие на начальную онто- и филогенетическую двуполость.

При обратном соотношении превалирует гомосексуализм, являющийся, следовательно, атавизмом. Человек с ненормально сильным половым влечением уже с ранней молодости удерживает его и приходит в разлад с собственным организмом. По какой-либо причине гетеросексуальный компонент вытесняется; развивается и превалирует гомосексуальный. Хотя теория Штейнаха, основанная на физиологическом опыте, более наглядна, а потому кажется более простой и убедительной, за то теория Krafft-Ebing'a объясняет нам многое, чего не в состоянии объяснить теория Штейнаха. В силу последней, гомосексуализм — явление исключительно врожденное и не может быть ни вызвано, ни изменено воспитанием, образом жизни и проч. Между тем жизнь нас, как будто, убеждает в противном.

Штекель и Krafft-Ebing объясняют нам, например, влияние среды, действие соблазна в ранней молодости.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Arthur Weil (Arch. f. Frauenk. u. Konstit. Forsch. 1924), производивший сравнительные антропологические исследования над 1000 гетеросексуальными и 380 гомосексуальными мужчинами, высказался за врожденность гомосексуализма. Он различает среди обследованных им 3 группы: а) астенико-евнухидную с психополовыми изменениями, б) феминизированную с ясно выраженными женскими признаками (развитие груди, широкие бедра, богатая головная растительность) и в) гомосексуалистов с норм. мужским строением. Среди всех гомосекс. было лишь 3 с ясно пикнической конституцией. Walter Wolf (Jnst. f. Sexualwiss., Berlin), исследуя семьи гомосексуалистов, обнаружил либо передачу от какого-либо прародителя тех или иных особенностей, психических или телесных. См. также Slotopolsky, B. Schinz H. R. Гистологические находки в яичках половых преступников. Wirsch. Arch. f. pathol. Anat. кн. 1—2, 1925 г.

<sup>2</sup> Hartmann, Heinz, Кокаинизм и гомосексуализм, Z. f. ges. Neur. u. Psych. т. 95 кн. 1—2, 1925 г.) указывает на связь кокаинизма и гомосексуализма. Кокаинизм, по мнению автора, вообще ведет к половому извращению.



## В. ТРАНСВЕСТИТИЗМ

Трансвестидами Hirschfeld называет лиц, которые чувствуют влечение к ношению одежды другого пола. Такая страсть к переодеванию стоит, по его мнению, ближе всего к навязчивым идеям.<sup>1</sup> В психике каждого трансвестиды имеется болезненное извращение — стремление к внешней проекции. Трансвеститизм — это особая, переходная форма психической двуполости. К этому виду полового извращения, кроме описанного случая с учителем (см. гомосексуализм), могу привести еще несколько. 50-летний мужчина с огромной черной бородой, женатый (бездетный), ходил дома всегда в юбке своей жены. Один смоленский помещик, женатый, бездетный, разошедшийся с женой (жена сбежала), в возрасте свыше 40 лет, начал интересоваться мелочами женского туалета, ставя иногда своими вопросами в щекотливое положение знакомых дам. Однажды, к изумлению своих знакомых, он переоделся в женское платье. На вопрос, с какой целью он это делает, он объяснил, что носит траур по своей сбежавшей жене.

Женщин-трансвестидок мы находим среди воровских шаяк, мошенниц и проч. В женском „батальоне“ Керенского, вероятно, были лица, истинная патологическая природа которых скрывалась под личиною патриотизма.

В последние годы появились экспериментальные работы над взаимным действием кровяной сыворотки и яичниковой вытяжки таких болезненных лиц.

## Г. КРИМИНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ ПОЛОВЫХ ОТПРАВЛЕНИЙ

Так называемые развратные действия совершаются над мальчиками или девочками. Виновниками<sup>2</sup> могут быть

<sup>1</sup> Goldmann Lothar, Über das Wesen d. Umkleidungstriebes.

<sup>2</sup> По Тардьё (Attentats aux mœurs, 1878, стр. 70), несколько девушек с их любовниками были осуждены за развратные действия над девочкой 7-ми лет и мальчиком 5-ти лет. Первой они вводили во влагалище пальцы и другие инородные тела (морковь); второму — в задний проход разные предметы. Один пьяница влил своей заснувшей собутельнице рюмку коньяку во влагалище, а другой вставил зажженную папиросу.



мужчины или женщины. Сюда относятся попытки женщины совокупляться с маленькими мальчиками<sup>1</sup>.

Изменения, возникающие от названных причин на женских половых органах, зависят от степени насилия, ширины половых органов и повторных злоупотреблений. Иногда жертва заражается триппером. Посредством грубого насилия пальцами или другими предметами можно произвести разрыв плевы и наружных половых органов — промежности и влагалища. Иногда на наружных половых органах остаются характерные отпечатки ногтей. Повторные и частые манипуляции могут повести к воспалительным явлениям механического и инфекционного характера. Ведь нельзя ожидать, чтобы лица перед своим гнусным деянием привели свои руки в надлежащий порядок. На руках и половом члене мужчины находятся в изобилии болезнетворные микробы, вызывающие воспаление нежных половых органов девочки. Конечно, воспалительная краснота и бели могут произойти и без всяких преступных манипуляций, единственно вследствие неопрятного содержания половых органов и близкого соседства кишечника и мочеиспускательного канала.

Если же развратные действия ограничивались только ощупыванием половых органов, то следы могут отсутствовать<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Быть может к этой категории относится случай, любезно сообщенный мне одним прокурором. В 1925 г., в одном из медвежьих уголков Р. С. Ф. С. Р., среди крестьян-пермяков, семья О. состояла из 60-летней старухи и 2-х малолетних сыновей — 8-ми и 13 лет. Хозяйство разрушалось за отсутствием работника. Старуха надумала женить старшего сына. Нашлась 19-летн. невеста Г., вошедшая в семью на правах жены (фактически брачные отношения). В связи с появлением описания этого случая в газ., 2-3 мес. спустя было произведено расследование, и гр. Г. была привлечена к уголовной ответственности за половые сношения с лицом, не достигшим половой зрелости. Супруги показали на следствии, что имели половые сношения. Согласно заключению экспертизы, у мальчика был детский вид, малый половой член, вторичные половые признаки отсутствовали. К сожалению, невеста не подверглась экспертизе. Дело было прекращено на основании ст. ст. 4 и 5 У. П. К.

<sup>2</sup> Один импотентный супруг почувствовал эрекцию, увидев на площадке половые органы девушки. Он вспомнил о том, что в раннем детстве впервые почувствовал половое влечение при виде половых органов девочки, с которой играл, после чего он умышленно ставил девочку в положение, которое давало ему возможность наблюдать ее. Супруги усыновили маленькую девочку; смотря на ее обнаженные

Рис. 8. Одна из форм педерастии.



Сатириазис и нимфомания ведут нередко к изнасилованию, развратным действиям, эксгибиционизму и убийству. Вопрос о психической вменяемости особенно сложен и требует осторожного разрешения в каждом отдельном случае.

Пикацизм и половой символизм имеют криминальное значение, если сопряжены с нарушением половой неприкосновенности детей, насилием или задевают общественное приличие и нравственность.

Криминальное значение гомосексуализма, не преследуемого нашими законами, заключается в целом ряде сопутствующих ему обстоятельств. Женщины-гомосексуалистки, как

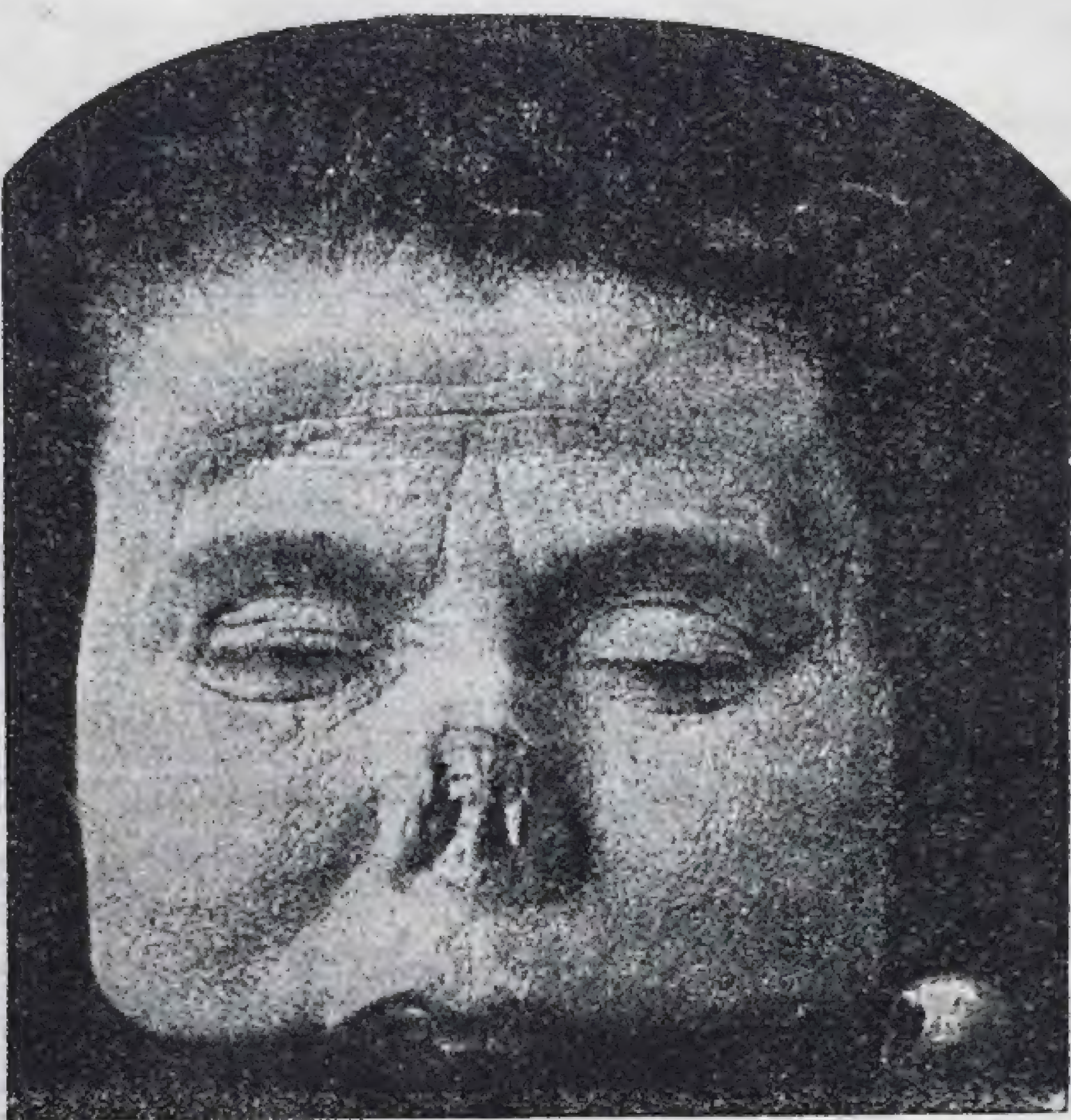


Рис. 8. Одна гомосексуалистка в порыве страсти откусила другой нос. (Из Краттера)

мы видели, иногда совершают весьма тяжкие преступления до убийства включительно. Немецкие авторы указывают на отсутствие вымогательниц, встречаемых лишь среди мужчин - педерастов. Это объясняется, во - первых, ненаказуемостью женского гомосексуализма, исключаящею возможность шантажа, и, во - вторых, тем, что вымогательство служит у женщины оружием против мужчины (оружием слабого), а не женщины.

половые органы, муж в состоянии был совершать половой акт с женой. Когда девочка начала посещать школу, супруги приглашали ее подруг, которых уговаривали дать себя ощупать, при чем муж, при содействии жены прикасался к их половым органам. Здесь детьми пользовались в качестве усилителя ослабленной потенции. Несомненно патологический случай. Оба супруга были осуждены.



## VI. ГЕРМАФРОДИТИЗМ (ДВУПОЛОСТЬ)

Формы гермафродитизма. Криминогенное значение.  
Законодательство.

Мы уже останавливались на том, как понимает Штейнах, на основании своих исследований, развитие гермафродитизма. Он считает гермафродитизм явлением врожденным, обусловленным существованием двуполой (гермафродитической) половой железы, в которую включены клеточные элементы мужской и женской железы половой зрелости („Pubertätsdrüse“).

Представим себе, что эти элементы настолько сильны, что влекут за собою не только психические особенности данного индивидуума, но и развитие телесных признаков обоего пола, т. е. появление мужских и женских половых органов, вторичных и третичных половых признаков. Тогда получается двуполый организм, гермафродит.

Настоящая двуполость (двуснастность), т. е. вполне законченное развитие обоих полов у одного и того же индивидуума, у человека и др. млекопитающих не встречается, но почти полная двуполость встречалась, хотя и чрезвычайно редко.

Настоящая двуполость представляет нормальное явление среди менее организованных и низших животных.

Так, у одноклеточных животных (амеб и инфузорий) и растений (бактерий) нет полового различия, и каждое животное, представляющее одну единственную клетку, самостоятельно размножается путем деления, давая жизнь новым двум особям. У него имеются, следовательно, все элементы, необходимые для размножения. У многоклеточных животных и растений уже имеется резкое различие между клетками, среди которых некоторые берут на себя функцию размножения; они называются половыми клетками.

Половые клетки делятся на мужские и женские, различающиеся между собою морфологически и физиологически. Женские более крупны и неподвижны (ovula, женские яйца),



мужские — меньшего размера и подвижны (семенные нити сперматозоиды). От слияния мужской и женской половых клеток происходит процесс оплодотворения.

Эти половые клетки находятся либо в одном общем организме (истинный гермафродитизм), либо в двух особях, которые во всем остальном совершенно одинаковы (напр., губки), либо более или менее резко отличаются между собою (более высоко организованные животные). Пол, как мы знаем, определяется характером половых клеток. Половые клетки одного пола, обычно, образуют совокупно половую железу (генаду), являющуюся морфологическим признаком пола, яичко — для мужских особей, яичник — для женских.

Для понимания генеза гермафродита, необходимо ответить прежде на вопрос: когда развивается пол?

Определяется ли он еще до оплодотворения, т. е. до слияния мужской и женской половых клеток, во время оплодотворения или после в течение периода развития плода (напр., у человека, в течение внутриутробной жизни). Прежний взгляд, что пол дифференцируется только после оплодотворения (напр., у человека в течение первых месяцев внутриутробной жизни) — так наз. эпигамно не получил подтверждения в научных исследованиях.

Lenhossek (в 1903 г.) пришел к заключению, что пол предопределен в женской половой клетке — в яйце (прогамно), т. е., что одни (мужские) яйцевые клетки после оплодотворения развиваются в мужские особи, другие (женские яйца) — в женские особи.

Коршель нашел у маленького морского червя (*dinophilus apatris*) два рода яиц различной величины. Из более крупных яиц развиваются самцы, из более мелких — самки. Примеров существования яиц разной величины в животном царстве много, они встречаются, напр., у пауков, некоторых видов филоксеры и др.

Из более крупных яиц развиваются самки. По более поздним исследованиям, впрочем, оказалось, что разница в величине яиц морского червя появляется после оплодотворения.

В пользу предопределения пола у человека говорит, быть может, давно отмеченный акушерами факт, что однайцевые близнецы (развившиеся из одного оплодотворенного яйца, вследствие расщепления в самом начале его развития) всегда однополые. Так как однайцевые двойни происходят из одной и той же яйцевой клетки, то они обладают ее половым характером.

Lenhossek считал доказанным, что в яичнике каждой женщины имеются мужские и женские яйцевые клетки.

Последующие работы др. авторов сильно поколебали учение Lenhossek'a; они создали теорию о предопределении пола в мужской половой клетке, т. е. в сперматозоиде.

В ядре мужской и женской половых клеток находятся так наз. ядерные петли, или хромозомы. Последние являются носителями наследственных признаков.

При оплодотворении происходит слияние мужских и женских хромозом. Для каждого вида животных (и растений) доказано строго определенное и постоянное количество хромозом; у человека, напр., 24.

В последнее время у самцов некоторых видов животных найдено различие в числе хромозом, которые можно поставить в связь с принадлежностью к разному полу (будущего потомства). Этому новейшему взгляду не противоречит разница в величине яйцевых клеток морского ежа, тем более, что по позднейшим данным, она появляется лишь после оплодотворения. Сходство и однополость однайцевых близнецов так же может зависеть от оплодотворившей яйцевую клетку сперматозоида.

Пусть та или иная половая клетка определяет пол будущего потомства. Для нас важно, что оплодотворенная половая клетка содержит



наследственные зачатки обоих полов, в частности — будущих половых органов. Если оба зачатка развиваются, то получается истинная двуполость — явление чрезвычайно редкое, исключительное среди людей, но весьма распространенное среди беспозвоночных и некоторых видов позвоночных животных (напр., у карпов). У раздельнополых видов животных и у человека половая клетка по оплодотворении дает всегда организм тоже раздельнополый.

Но половая клетка, под влиянием внутренних или внешних причин, может измениться в периоде созревания, еще до оплодотворения. По гипотезе Hertwig'a, факторы, усиливающие процесс ассимиляции в клетке и изменяющие отношения между ядром и протоплазмой в пользу последней, изменяют тенденцию в сторону женского пола, а факторы, нарушающие соотношение между ядром и протоплазмой в пользу ядра, имеют тенденцию в мужскую сторону.

После оплодотворения, т. е. с наступлением зачатия, пол уже не может измениться.

Из этого краткого перечня видно, на скольких сложных теориях основывается новейшая теория гермафродитизма, насколько мы еще мало осведомлены в этой области. Природа прочно хранит тайну своих творений. Разуму человеческому приходится бороться за овладение этой тайной.

К вопросу о происхождении гермафродитизма пытались подойти также экспериментальным путем (Штейнах, А. Lipschütz<sup>1</sup>. Knud Sand<sup>2</sup>).

### Формы гермафродитизма

Существует истинный и ложный гермафродитизм. Под истинным гермафродитизмом мы понимаем такое уродство, при котором имеются половые железы обоего пола. Случаи истинного или, правильнее, железистого гермафродитизма чрезвычайно редки<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Experim. Hermaphroditismus, Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie. T. 211, кн. 1—2, 1926 г.

<sup>2</sup> L'hermaphroditisme experimental. Journ. de phys. et pathol. gen. T. XX, стр. 472.

<sup>3</sup> Байер упоминает о 5 случаях истинного гермафродитизма у людей. 1-й сл. Оболенского: 12-летний субъект с женскими формами тела и менструацией; половые органы неопределенного пола; сохранилась клоака, однорогая матка, слева труба и яичник, справа яичко с придатком и семявыводящим протоком. Во 2-м и 3-м сл. в опухоли яичника была заключена железистая ткань яичка. 4-й сл. Салена: 43-летний субъект с женским общим видом тела и менструацией; слева яичник, справа — смешанная железа с элементами мужского яичка и яичника (ovotestis), без сперматозоидов. 5-й сл. Гарре-Симона: 20-летний субъект, воспитанный мужчиною; в правосторонней паховой грыже обнаружена при микроскопическом исследовании гермафродитическая железа. Во всех этих 5-ти случаях половые органы, конечно, не функционировали: они не были в состоянии ни оплодотворить женщины, не забеременеть от мужчины, либо от собственных сперматозоидов (патогенез). Приводимый в конце главы случай из моей практики также



Под ложным гермафродитизмом (псевдогермафродитизм) понимают уродство, выражающееся в наличии у одного индивида наружных половых органов и вторичных половых признаков смешанного пола и половых желез только одного пола.

Штейнах полагает, что у ложных гермафродитов имеется не однополая, а гермафродитическая железа с элементами мужской и женской желез половой зрелости (Pubertätsdrüse). Если развивается, под ее влиянием, изменение психо-половых признаков и полового влечения, а телесные уродства отсутствуют, тогда имеется гомосексуализм. Нейгебауэр считает ложный гермафродитизм за частичное явление общего уродства развития. Пик указывает на частое сочетание псевдо-гермафродитизма со смешанными опухолями (тератомами).

Из форм истинного гермафродитизма (*hermaphroditismus verus*) отметим:

- а) двусторонний (*bilateralis*), если на каждой стороне имеется яичко и яичник;
- б) односторонний (*unilateralis*), если только на одной стороне имеется и яичко и яичник;
- в) боковой (*lateralis*), если на одной стороне имеется яичко, а на другой яичник.

Если имеется только двуполость полового канала (наружных и внутренних половых органов, за исключением половых желез), то гермафродитизм называется ложным — *hermaphroditismus spurius, pseudohermaphroditismus*:

- а) мужской, если имеются железы мужского пола, и
- б) женский — при наличии женской половой железы.

Случаи ложного гермафродитизма представляют чрезвычайное разнообразие.

Варшавский ученый Нейгебауэр собрал до 1907 года много материала из литературы и своего собственного около 1500 случ.; после него с 1907 по 1912 г. Гофштеттер собрал

принадлежит к этим случаям и напоминает случай Салена. Вообще, по мере более тщательного изучения гистологического строения половых органов гермафродитов у нас окажется гораздо больше железистых (истинных) гермафродитов. Быть может, даже каждый ложный гермафродит в действительности обладает гермафродитической половой железой (Штейнах).



еще 84 случ. Этими цифрами далеко не исчерпываются все случаи, не говоря о многочисленных не описанных<sup>1</sup>. Почти нет двух совершенно тождественных гермафродитов, причем мужские ложные гермафродиты встречаются значительно чаще женских; так что, в сомнительных случаях, рекомендуется данное лицо признать мужским гермафродитом.

Для понимания генеза гермафродитизма и многообразия его форм, припомним основные моменты эмбриологии половых органов.

После 6-й недели внутриутробной жизни плода на нижнем конце туловища его, спереди от копчика, находится щель, ведущая в общую полость — клоаку, в которую открываются мочевые и половые органы и прямая кишка. Половая щель окружена кожным валиком. Через некоторое время боковые стенки клоаки в одном месте срастаются, образуя мостик (будущую промежность). Мостик делит клоаку на две полости: переднюю — мочеполовую полость (*sinus urogenitalis*) и заднюю — кишечную.

Зачатки наружных половых органов одинаковы у обоих полов. Они состоят из маленького полового бугорка, двух половых складок кожи, спускающихся от него параллельно кзади и образующих края щелевого отверстия, и полового кожного валика, окружающего половой бугорок и складки. Если развивается женский плод, то половой бугорок образует клитор, а половые складки — малые половые губы; в толще последних образуются густые венозные сплетения (пещеристые тела), способные напрягаться, так наз. луковицы преддверия. Половой валик превращается в большие половые губы. Половая щель образует преддверие влагалища.

Если развивается мужской плод, то процесс происходит иначе. Половой бугорок быстро растет и превращается в мужской половой член, срастаясь с половыми складками. Половая щель закрывается на всем протяжении, образуя длинный канал, на поверхности которого имеется отверстие. На протяжении канала открываются выводящие протоки мочевых и половых желез. Нижний конец канала оканчивается узким отверстием — наружным отверстием мочеиспускательного канала. В толще сросшихся половых складок образуется пещеристое тело и головка полового члена. Половой валик, охватив основание полового члена, срастается позади него, образуя мошонку. Последняя состоит из двух полостей, разделенных перегородкой. Место срастания валика и половых складок заметно в течение всей жизни на задней поверхности мошонки и полового члена.

Внутренние половые органы начинают развиваться раньше наружных, их развитие связано с мочевым аппаратом.

В брюшной полости двухмесячного зародыша, по обеим сторонам поясничной части позвоночника, с каждой стороны расположены так называемые первичные почки, или Вольфовы тела, которые теперь, с развитием постоянных почек, принимают участие в образовании полового аппарата. Вольфовы тела ланцетовидной формы и состоят из многочисленных поперечных канальцев, впадающих в общий выводной проток — Вольфов канал. Нижние концы обоих Вольфовых каналов спускаются вниз в клоаку.

На передней поверхности Вольфова тела находится в виде отростка половая железа, развивающаяся либо в яичко (если развивается

<sup>1</sup> Chaton описал 3 случая, *Gyn. et obstetr.* Январь 1925 г., реф.; Stulz et Fontaine. Ein Fall von Hermaphr. *Zentrbl. f. Gyn.* № 45, 1925 г., реф.; Kneringer u. Lauros. *Zentrbl. f. Gyn.* № 43, 1925, реф.



мужской плод), либо в яичник (если развивается женский плод). Кнаружи от Вольфова тела и канала с каждой стороны проходит вниз Мюллеров канал, впадающий в клоаку, возле одноименного канала другой стороны. От каждой половой железы тянется соединительно-тканый тяж, исчезающий со временем у мужского плода, а у женского образующий круглую маточную связку и собственную связку яичника.

Вольфовы и Мюллеровы органы и половые железы покрыты снаружи брюшиной. Если образуется плод мужского пола, то половые железы превращаются в яички и образуют семенные каналы, а с достижением половой зрелости — готовое семя. Вольфовы тела превращаются в придаток яичка. Вольфов канал образует семявыводящий проток (*vas deferens*), впадающий в успевший тем временем образоваться мочеиспускательный канал. Мюллеровы каналы атрофируются и не играют у мужчины никакой роли. На месте впадения семявыводящего протока образуются два семенных пузырька и одна предстательная железа. Яичко каждой стороны за месяц до рождения плода спускается из брюшной полости через паховый канал в соответствующую полость мошонки. Если развивается женский плод, то половые железы превращаются в яичники. Вольфовы тела атрофируются и образуют рудиментарный орган — придаток яичника. Мюллеровы каналы, напротив, развиваются. Верхние части образуют маточные трубы. Средние и нижние части сливаются и образуют матку и влагалище. От неполного срастания образуются уродства развития (двурогая или двухполостная матка, двойное влагалище и проч.). Брюшина покрывает тело матки, образует широкие связи и выстилает Дугласово пространство. Приблизительно на 8 месяце утробной жизни яичники спускаются из поясничной области в полость большого таза, а впоследствии, во внеутробной жизни, в полость малого таза. О развитии гимена уже говорилось (см. изнасилование).

Уродства развития, наблюдаемые у гермафродитов, объясняются эмбриологическими условиями. Если у женского плода усиленно увеличивается половой бугорок и по внешнему виду делается похожим на мужской член, — то развивается ложный женский гермафродит. Если происходит неполное срастание половых складок, то получается расщепление мочеиспускательного канала по задней стенке (гипоспадия). Если к тому же не произошло полного сращения кожного валика, т. е. образования мошонки, то получается впечатление больших половых губ, сходство с наружными женскими половыми органами: мы говорим тогда о ложном мужском гермафродите.

Неправильное развитие половых органов дает бесчисленное множество вариантов, от незначительной гипоспадии до тяжелого уродства внутренних половых органов. Этим объясняется, что каждый из до сих пор описанных случаев гермафродитизма в подробностях отличается от своего собрата по несчастью. Нигде природа не позволила себе столь жестокой насмешки над человеческой личностью.

Ложные гермафродиты встречаются не особенно редко, и суд.-мед. экспертам приходится устанавливать их пол. Прежде всего следует осмотреть, нет ли где-нибудь (в мошонке, в толще половых губ, в паху) яичек. Здесь могут ввести в заблуждение яичники, опустившиеся через паховый канал, лимфатические железы, грыжи и опухоли. Клебс считал важным признаком для определения пола наличие малых губ. В более позднем возрасте, по достижении половой зрелости, правильный диагноз иногда может быть



поставлен на основании функции половых желез, общего вида, формы гортани, голоса, психо-половых особенностей и полового влечения. Важным признаком является эякуляция семени или появление менструации. Однако, эти признаки не абсолютно доказательны и нередко вели к ошибкам. В особенности ошибочен общий вид, который представляет разнообразие даже у нормально развитых индивидуумов. Ведь не редкость женщина с угловатыми формами, усами и бородой или мужчина с женственным телом. Расположение волос на лобке и формы таза не дают гарантий пола, ибо они предполагают нормальное развитие половых желез и их гормонов. Грудные железы также могут повлечь к неправильным выводам, ибо хорошо развитые груди бывают и у мужчин негермафродитов, а у женщин они иногда атрофированы или недоразвиты.

Присутствие семени служило бы бесспорным указанием на пол, но дело в том, что обычно половая железа недоразвита, а семявыводящий проток непроходим. Поэтому, даже в резко выраженных случаях, редко удавалось обнаружить семя и исключительно редко развитых сперматозоидов, несмотря на наличие яичек.

Наличие менструации также не служит неизменным доказательством женского пола и встречалось у мужских гермафродитов.

В случае Tortuall'я суб'ект, повидимому, мужской ложный гермафродит, был выдан замуж и ревновал своего мужа, искавшего развлечений на стороне. Этот суб'ект менструировал с 16-ти лет. Известная в литературе Розина Геттлих, признанная впоследствии на вскрытии мужчиной, с 20-летнего возраста имела неправильные месячные кровотечения.

Труден диагноз, когда, помимо наружных, имеются еще уродства внутренних органов (так наз. внутренний гермафродитизм), причем здесь также чаще встречаются мужские гермафродиты. Нет ничего удивительного, что уродство развития иногда не бросается в глаза и может остаться незамеченным; например, клитор незначительно увеличен в размере или мошонка расщеплена на небольшом протяжении.

Нередко между гермафродитами заключались браки, причем впоследствии оказывалось, что оба супруга принадлежат к одному полу, чаще всего к мужскому.



Нейгебауэр нашел среди 46 браков, заключенных между лицами одного пола, только 3 брака между лицами женского пола.

Бывали случаи, когда браки продолжались многие годы, супруги жили в полном согласии и довольстве. Уродство устанавливалось только случайно, например, на приеме у врача по поводу бездетности или какой-нибудь другой болезни.

Нейгебауэр рассказывает об одном случае, когда только второй муж (во втором браке) усомнился в поле своего супруга после того, как он сблизился со здоровой девушкой и имел от нее ребенка.

Гофман делает отсюда вывод, что не только действительная, но даже предполагаемая женственность, в состоянии привлечь мужчину и вызвать в нем половой интерес. Гомосексуализм также подтверждает это.

В одном случае Нейгебауэру удалось спустя 11 лет установить мужской пол у одного суб'екта, воспитанного девушкой.

Мужчинам - гермафродитам для совокупления служит половая щель, от несросшейся мошонки, а у женских гермафродитов мужскую роль исполняет пенисоподобный клитор.

Иногда, для определения пола, производится операция — чревосечение в целях отыскания и гистологического исследования половых желез. Но и тогда встречаются затруднения в определении при недоразвитии или уродстве половых желез.

Истинный пол гермафродита иногда вовсе не определим, даже после операции и в продолжение всей жизни. Его и нет в действительности: суб'ект принадлежит к обоим полам или, по предложению Вирхова, к среднему полу (*homo generis neutrius*).

Кроме уродства развития, встречаются смещения органов. С. Давидович<sup>1</sup> нашел у одного индивидуума в грыжевом мешке, существовавшем якобы с рождения, матку с обеими трубами и двумя половыми железами, оказавшимися атрофированными яичками.

<sup>1</sup> Über einen Fall von Pseudohermaphr. mascul. internus. Zentrbl. f. Chir. № 2, 1926 г.



В другом случае P. Uhlrich<sup>1</sup> нашел в огромной паховой грыже тератоидную кисту яичника.

Иногда лица, состоящие в браке, жалуются на невозможность правильного совокупления; при исследовании обнаруживается истинная причина: гермафродитизм или гипоспадия<sup>2</sup>.

Но бывали случаи, когда муж даже не подозревал об уродстве своей „жены“ или вполне приспособлялся к своему положению. Существовавшая половая щель, постепенно расширяясь от частых попыток, оказывалась, наконец, достаточной для coitus'a.

Привычки, наклонности (особенно психополовые), зависящие часто от воспитания, социальной среды и пр., не могут иметь решающего значения. Как раз среди гермафродитов, часто воспитанных с детства в том поле, который наиболее соответствовал наружному виду половых органов, привычки и наклонности могут быть обманчивы. Половое влечение, появляющееся с достижением половой зрелости, иногда раньше или позже, может служить указанием на пол только до известной степени. Но и здесь возможны и бывали ошибки. Кроме того, половое влечение у гермафродитов часто не хорошо дифференцировано, как это показывает и мой нижеприведенный случай.

Половое влечение у гермафродитов иногда меняется. В случае Гофмана гермафродитка пыталась совокупляться как мужчина. Гермафродитка Розина Геттлих (Аммон), несомненно мужчина (гипоспадия и расщепление мошонки) жила половой жизнью и как мужчина, и как женщина, но предпочитала женскую роль, стыдясь малого размера своего полового члена.

Гермафродиты, уже в детстве случайно обнаружившие свое уродство (чаще это делается другими), становятся нередко посмешищем своих сверстников. Они лишены бывают даже удобства отправления повседневных физиологических потребностей, напр., им закрыт вход в общую уборную, баню, купальню. У них поэтому рано происходит психиче-

<sup>1</sup> Bull. de la soc. anat. 1923 г. янв., Hermaphr. gynandrique.

<sup>2</sup> Edmunds, Arthur, Hunterian lecture of pseudohermaphr. and hypospadias. Their surgical treatment. Lancet, 1926, № 7.



ский разлад с самим собою и окружающим обществом. Впоследствии, к моменту созревания, все их внимание, все жизненные интересы концентрируются на их уродстве.

Гинекологами известны моральные переживания многих женщин, больных длительной гинекологической болезнью. Мне неоднократно приходилось слышать от пациенток, что их не столько мучают физические страдания, сколько нравственные переживания, боязнь потерять женственность, обаятельность, мужа.

Wulffen в своей интересной книге<sup>1</sup> делает вывод, что женщина - преступница — это тип полового преступника, ибо все интересы ее жизни связаны так или иначе с отправлениями пола (пансексуализм Липмана). Если Wulffen и немного односторонен, то все-таки не представляет никакого сомнения, что вопросы пола играют у женщины доминирующую роль, гораздо большую, чем у мужчины.

У гермафродитов же особенно заострено внимание на половых отправлениях, на их уродстве, ставящих их в невыгодно-своеобразное положение; они не находят себе в обществе надлежащего места; тем более, что и половое влечение у них неопределенное и неустойчивое, также, как и их половые органы и формы тела.

К сожалению, психическое состояние гермафродитов до сих пор мало изучено. В 1896 г. Нейгебауэр сообщил о 18-летней гермафродитке, признанной впоследствии за мужского



Рис. 9. Ложный мужской гермафродит, воспитанный женщиной. Покушался на изнасилование женщины. Общий вид женский; гипертрофированный клитор. В правой большой половой губе находится, повидимому, яичко. Случай подробно описан д-ром Флаксом и доложен на Моск. Суд. Мед. Съезде в 1924 г.

<sup>1</sup> Das Weib als Sexualverbrecherin.



гермафродита и покушавшейся на самоубийство через отравление стрихнином под влиянием ошибочного определения пола. Но стрихнин был случайно принят ее матерью и братом и это стоило им жизни.

Криминогенное значение описываемого уродства заключается в том, что гермафродиты обвиняются изредка в половом преступлении. Так, одна замужняя акушерка развратничала с родильницами и др. женщинами, пока ее не признали за мужского гермафродита. В одном случае (Москва) одна женщина гермафродитка обвинялась в попытках изнасилования женщины; она также оказалась мужским гермафродитом (рис. 9). Субъект в нижеприведенном мною случае, находясь в гинекологической клинике, также засматривался на больных.

В противоположность западно-европейскому, в дореволюционном и советском законодательствах нет никакого упоминания о гермафродитах. Предполагалось, следовательно, что выбор ими пола зависит от родителей и их самих, по достижении совершеннолетия; в спорном случае, — от решения суда, основанного на заключении экспертизы. Этот существенный пробел ныне восполнен циркуляром НКВД РСФСР за № 146 от 22 апреля 1926 г.

Об исполнении записей в регистрационных книгах рождения пола имени и фамилии гермафродитов.

В виду запросов с мест о порядке исправления записей актов рождений в отношении перемены пола, имени и фамилии гермафродитам, Народный Комиссариат Внутренних Дел предлагает руководствоваться нижеследующим:

1. Граждане, имеющие признаки гермафродитизма (двуполые) и желающие переменить имена и фамилии, в соответствии с выявлением пола, представляют в органы ЗАГС по месту жительства письменное заявление, метрическую выпись о рождении и постановление медицинской комиссии, установившей наличие гермафродитизма, с указанием преобладания определенного пола (мужского или женского).

Примечание. Освидетельствование граждан, имеющих признаки гермафродитизма, для установления пола производится медицинской комиссией, назначаемой для этой цели местным отделом здравоохранения с обязательным участием судебно-медицинского эксперта.

2. Органы ЗАГС, получив указанные в п. 1-ом документы, направляют их в соответствующий орган ЗАГС, по месту совершения и хранения записи акта рождения заявителя.

3. На основании полученного постановления медицинской комиссии и заявления гражданина, орган ЗАГС, в порядке ст. 16-й Кодекса законов об а. г. с., делает исправление записи, пола, имени и фамилии в книге акта рождения и после исправления высылает выпись из регистрационной книги в орган ЗАГС, по месту жительства заявителя.

Примечание. В графе „особые примечания“ регистрационных книг указывается № и время постановления медицинской комиссии.

4. Местный орган ЗАГС, получивший документ, удостоверяющий перемену пола, вносит запись о перемене пола в последнюю выписку о рождении. О всех изменениях в порядке ст. 14 Кодекса законов об а. г. с. Заявления указываются в фамилии, освобождаются.

В заключение считаю...

18-го ноября 1921 года...

Семеновна Д. с жалобами на общее состояние здоровья, на два старших брата и на сестру 20-тилетнюю. Неизвестно. От окружающих рано узнала что „она“ теснялась своего порока, сделавшегося более грубым, появление усов. Никогда не болела болезнями жизни. Клавдия Семеновна, лицо смуглое; по мужским или женским чертам. 20 лет тому назад по приметам голубые, голос низкий, светлые усики; бороды (potum Adami) мужской желез по наружному виду habitus — нежный, как у женщины. Жир вая клетчатка слес, груди шире размеров таза, поперечный размер груди между плечами — уже, а именно Distant...

Conjugata...

типа...

покрыв на нем...

легкие, сердце и...

тоже.

При взгляде...

всего гипертрофи...

10-12 летнего мальчиш...

имеет головку вниз, д...

на колючком вниз, д...

головке нет...

ст. губы...

на...



...предельно  
материю и б  
одства зако  
едка в поло  
развратни  
е при

...знали  
(ква) одна  
изнасилова  
ермафродит  
ае, находясь  
ся на больн  
кому

нет никаких  
следовательно  
их самих.  
нае, — от ре  
тизы. Этот  
— НВЛ РСФ

и онных  
мафродит  
аписей актов  
лии гермафр  
сает руководи

(двуполное выявление сывороточного антигена к медицине с указанием (го).  
рожден, имеет  
пола производ  
цели мероп  
глубоко

и документов, на  
совершения и  
динской комис  
16-й Кодексе  
имени и фами  
ет выпись на  
за заявлени  
пет

льства  
ечания  
овления

"	"	межа кроміальн.	. . . . .	30	"
Рассстояние между плечами	. . . . .			34	"

Размеры таза — уже, а именно: *Distantia spinarum* 24 °

Distantia spinarum	. . . 24	"
" cristarum	. . . 26 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	"

	trochanterica . . .	26 $\frac{1}{2}$	"
--	---------------------	------------------	---

Conjugata externa . . . . . 17 „

Половые органы. При взгляде на наружные половые органы бросается прежде всего гипертрофический клитор, напоминающий половой член 10-12 летнего мальчика. Под клитором находится половая щель. Клитор имеет головку, не покрытую крайней плотью; немного изогнут крючком вниз, длиной в 5 см., обладает эректильной способностью. На головке нет отверстия.

<sup>1</sup> Оpubл. в „Клинич. Медиц.“ 1923, № 3.



приподнятых нежных складок, и соединяются сверху у основания клитора. Между ними, под основанием клитора, находится наружное отверстие мочеиспускательного канала вполне женского типа. Под ним, приблизительно на расстоянии 7-8 м/м., находится узкое отверстие влагалища, прикрытое девственной плевой и не пропускающее даже мизинца. О присутствии Бартолиниевых и Скиновых желез судить трудно. При катетеризации уретры выделяется нормального вида моча. При зондировании влагалища зонд проникает 6 см. в глубину.



Рис. 10. Гермафродит Клавдия Семеновна Д.

ваются яички. По словам Клавдии Семеновны, клитор иногда напрягается, но выделения жидкости при этом (из влагалища или уретры) не бывает.

Следовательно, перед нами был почти 18-тилетний индивидуум, воспитанный девушкой, имевший мужские формы тела и женские наружные половые органы, гипертрофию клитора.

Внутренние половые органы у него были недоразвиты или отсутствуют.

Присутствие и характер половых желез также не определим. Осмотр Клавдии Семеновны не дал точных указаний на принадлежность ее к женскому или мужскому полу.

О ее психическом состоянии можно было судить из ее собственного жизнеописания. Ее воспитали девочкой. Детство свое она помнит мало. На 8-м году она поступила в сельскую школу, где училась хорошо и прилежно: „Я часто мечтала“, пишет она, „как бы мне выучиться тому, что знает наша учительница и самой учить детей“. По окончании сельской школы, не без борьбы с родителями, не пожелавшими ее больше учить за отсутствием средств, она начала готовиться в уездную гимназию. По выдержании экзамена поступила в 3-й класс. „К счастью, тут произошла революция“, говорит она в письме, „и ученье сделалось бесплатным“. В гимназии она пробыла недолго. Вскоре по семейным обстоятельствам она принуждена была, к своему

При исследовании через прямую кишку не прощупываются ни магка, ни придатки, ни простата ни семенные пузырьки. Влагалище заканчивается, следовательно, глухо. Вместо внутренних половых органов, сверху вниз, т. е. из глубины большого таза по направлению к влагалищу, идут два параллельных тяжа толщиной в гусиное перо. На протяжении этих тяжей (Мюллеровых протоков) нет каких-либо неровностей, выпуклостей или др. образований, которые бы напоминали внутренние половые органы.

Ни в толще больших губ, ни в паховых каналах не прощупы-

... время своего пребывания  
... и обладать женщиной  
... что подружки смотрят  
... Я еще сдерживалась.  
... Я знала, что, кроме  
... К. С. поступила в  
... Она поселилась в  
... до того охвати  
... заметила, что во  
... помню. Все вре  
... тодумки приходят  
... 2-й ступени. Лето  
... Заметили, что  
... перемену. Сажу и чи  
... разговариваю. Сажу и чи  
... планала и реала на себе  
... такое несчастье. По  
... сделаюсь наст  
... том я успокаивалась...  
... Картера и Гаммо  
... „Биол“ и „Амрита“, излечи  
... Я понимала, что жить мн  
... случае избавиться от душе  
... эти книжку, немедленно  
... принадлежу и я. Здесь я  
... Я решила обратиться  
... настоящими мужчи  
... время ее желание сделал  
... стать непременно м  
... — мужчиной либо ж  
... боялась еще опреде  
... пальцами и говорят  
... больше ни за что не п  
... быть душевные переж  
... условия преждевр  
... почву для души  
... окружавшими. В кли  
... было оставаться, потом  
... понапрасну занима



сожалению, бросить ученье и уехать домой в деревню. Но работать она не любила или не умела и время проводила за чтением романов, оставшихся после ее отца — бывш. волостного секретаря. „Я с жаром при- нялась за романы. Если книжка была интересна, я уходила в баню и целый день без пищи и питья читала до тех пор, пока глазам ста- новилось больно“.

Уже в последнее время своего пребывания в гимназии она почув- ствовала влечение к девушкам - подругам; стала мечтать о том, как хорошо быть мужчиной и обладать женщиной, гулять с нею и об'яс- няться в любви... „Я поняла, что подруги смотрят на меня как - то странно, не играют со мною. Я еле сдерживалась, чтобы не написать любовное письмо одной барышне. Я знала, что, кроме насмешки, ничего не по- лучу“... Прошлой зимой Кл. С. поступила в школу 2-й ступени, открыв- шуюся в б. монастыре. Она поселилась в общежитии с другими учени- ницами. Любовь к женщинам до того охватила меня, что я еле сдержи- валась. К ужасу своему я заметила, что во время об'яснения урока ничего не понимаю и не помню. Все время читаю романы, а как только возьмусь за урок, то думки приходят о женщине. С трудом я пе- решла во вторую группу 2-й ступени. Летом, по приезде домой, моя семья нашла во мне перемену. Заметили, что я стала чуждаться всех, почти ни с кем не разговариваю. Сажу и читаю все одна... По ночам я часто терзалась, плакала и рвала на себе волосы; все думала, за- что на меня обрушилось такое несчастье. Потом утешала себя мыслью, что в будущем я обязательно сделаюсь настоящим мужчиной и буду жить счастливо. На том я успокаивалась... Однажды в книгах отца я нашла книжку Горашко - Картера и Гаммона, в которой они опи- сывают средства „Биол“ и „Амрита“, излечивающие мужчин - онани- стов и импотентов. Я понимала, что жить мне так невозможно и ре- шила при первом случае избавиться от душевных мучений, т. е. уме- реть. Но, прочитавши эти книжку, немедленно поехала в Москву. Ведь к числу онанистов принадлежу и я. Здесь я долго искала Горашко- Картера, но не нашла. Я решилась обратиться за помощью к врачу. Сейчас моя мечта сделаться настоящим мужчиной и поступить в Крас- ную армию или — умереть“.

В клинике она пробыла около месяца. Она прилежно читала свою книжку Горашко - Картера, которую постоянно носила с собою. При- шедши в клинику с жалобами на „опухоль“, она вскоре доказала, что прекрасно понимает свое уродство. Она чувствует себя мужчиной и хочет им быть...

Но в последнее время ее желание сделалось несколько неустой- чивым. Она уже не хочет стать непременно мужчиной, а только на- стоящим человеком — мужчиной либо женщиной. Психологические признаки, повидимому, не вполне еще определились. Она ужасно сте- снялась своего уродства, боялась общения с знакомыми. Ей казалось, что все на нее указывают пальцами и говорят о ней... В деревню, по- тем же причинам, она „больше ни за что не поедет“.

Болезненный эгоцентризм, душевные переживания, обусловленные соматической аномалией, быть может преждевременное развитие поло- вого влечения, ненормальные условия жизни, в которых она нахо- дится, создали благоприятную почву для душевного разлада, для кон- фликтов с самим собою и окружающими. В клинике ей тоже, по ее мнению, больше нельзя было оставаться, потому что „все няньки о ней шепчутся“. Она не хочет понапрасну занимать место, предназна- ченное для больных.

К какому полу принадлежал данный гермафродит?

Порок развития наружных женских половых органов, отсутствие внутренних, гипертрофический клитор или гипоспадия полового члена, мужские формы тела, мужское половое влечение — говорили в пользу принадлежности ее к наиболее часто встречающемуся типу: мужскому псевдогермафродитизму. Но утверждать этого нельзя



было, за отсутствием половых желез. Правда, они могли в один прекрасный день появиться, как у девушки (описанной у Нейгебауэра), у которой от одного прыжка они проскочили из брюшной полости через паховый канал. Пока же этого не было, мы должны были считать ее человеком средне-половым — homo generis neutrius. А психика? С одной стороны, ее образ жизни, любовь к чтению романов, мечтательность, чрезмерная чувствительность, желание сделаться учительницей и учить детей, с другой стороны — психополовое чувство мужчины, желание быть в Красной Армии... Не было в ее психике ни резкого феминизма, ни вирилизма, а что-то спутанное, среднее.

Дальнейшая судьба Кл. С. такова. Пробыв продолжительное время в нашей и др. клиниках, она попала в детскую сельско-хозяйственную колонию, найдя там временный приют.

В феврале 1925 г., в виду ее настойчивого желания определить истинный пол и стать настоящим мужчиной, она была оперирована проф. В. Н. Розановым в больнице им. Боткина. Благодаря любезности проф. В. Н. Розанова и его ассистента д-ра Г. И. Шапиро, привожу выдержку из описания операции и патолого-анатомического исследования.<sup>1</sup>

18-е февраля 1925 года под общим хлороформным наркозом В. Н. Розановым была сделана лапаротомия. В области малого таза расположена поперек широкая связка, в середине которой прощупывается грушевидной формы рудиментарная матка, толщиной в  $\frac{1}{2}$  см. От обоих углов отходят трубы. Левая труба кончается фимбриями, под ней в складке брюшины заложено тело, напоминающее яичник 6-7 летней девочки (2 см. длины,  $\frac{3}{4}$  см. шир. и  $\frac{1}{2}$  см. толщины). Справа бахромок нет, труба кончается тонким тяжем, на котором висит желудеобразное тело, в верхнем полюсе которого прощупывается уплотнение — подобие яичка с придатком (2 $\frac{1}{2}$  см. длины, толщина и ширина по  $\frac{3}{4}$  см.). Под правой трубой обнаружено бесформенное образование состоящее из отдельных извитых канальцев. Левая половая железа (предполагаемый яичник) вместе с трубой были удалены, а из неформенного образования справа взят кусок для микроскопического исследования. Больная выздоровела. Через 5 месяцев после этой операции нельзя было отметить никаких изменений в состоянии больной; субъективные ощущения остались без перемен. В июле 1925 г. В. Н. Розановым была сделана пересадка куска яичка козла в мышцу правой паховой области. Через месяц трансплантат рассосался, не дав никаких результатов. Наблюдение (д-р Шапиро) в течение последующих полутора лет не обнаружило никаких изменений больной; рост оставался тем же, растительность на лице не появлялась, она попрежнему просила сделать из нее „настоящего мужчину“.

6-го декабря 1926 г. В. Н. Розановым сделана 3-я операция — чревосечение. В брюшной полости не обнаружено никаких изменений после первой операции. Первая железа оставалась одинаковой. В предбрюшинную клетчатку пересажена половина яичка обезьяны (гомадрил).

Исследование образований, удаленных 18-го февраля 1925 года (проф. А. И. Абрикосов): „Одно из доставленных образований представляет собою тело миндалевидной формы, размером в  $2 \times 0,5 \times 0,25$  см. При попытках вырезать из него кусочки обнаруживаются области петрификации. Образование in toto декальцировано, вырезанные кусочки залиты в целлоидин, срезы покрашены гематоксилином и эозином.

Как обнаруживает микроскопическое исследование, основа образования состоит из соединительной ткани, которая местами имеет вид

<sup>1</sup> Выдержки заимствованы из интересной работы д-ра Г. И. Шапиро: „К вопросу о гермафродитизме“, перед. мне в рукописи. Печатается в Вирх. Архиве.



обычной волокнистой соединительной ткани с кровеносными сосудами, тогда как в других местах, особенно по периферии удаленного тела, состоит из пучков веретенообразных клеток и в точности соответствует строению яичника. Среди этой ткани более или менее равномерно разбросаны кругловатые ячейки величиной от 100 до 300 м., не имеющие ясно выраженной собственной стенки. Содержимое этих ячеек не всюду одинаково. Некоторые из них выполнены сплошной массой полигональных клеточек, величиной в 20 микр. с очень светлой протоплазмой и ядром и нежной хроматиновой сетью без ядрышка. Эти клетки весьма напоминают клетки *zonae glomerulosae* Граафовых пузырьков. В других ячейках среди таких - же клеток видно появление несколько кругловатых бесструктурных образований, слабо окрашивающихся эозином, раздвигающих клетки. Наконец, немало ячеек, среди клеточного содержания которых находятся сплошные петрифицированные тела, причем клетки в таких ячейках представляют ясные картины атрофии. Встречаются также ячейки, в которых клеток уже незаметно и которые содержат лишь слившиеся между собой известковые глыбки; в некоторых из таких ячеек заметно врастание соединительной ткани внутрь просветов. К этому нужно добавить, что местами в соединительно-тканной строении встречаются небольшие фестончатые рубцы, напоминающие атретические фолликулы. Кроме того, местами попадаются группы клеток, по своему виду весьма сходные с Лейдиговскими клетками яичка.

Отдельно был исследован тяж, удаленный вместе с вышеописанным миндалевидным телом. В этом тяже обнаружен просвет, окаймленный слизистой оболочкой, располагающийся складками и выстланный цилиндрическим мерцательным эпителием. Окружающая слизистую оболочку стенка состоит из соединительной ткани с большим количеством пучков гладких мышечных волокон. В общем, данный тяж в точности соответствует строению Фаллопиевой трубы.

Извитое образование, удаленное с правой стороны, при микроскопическом исследовании дало картину изогнутого тяжа, 0,5 в диаметре, с просветом, выстланным ровным слоем кубических клеток, и стенкой, богатой гладкой мышечной тканью; данное образование весьма напоминает *vas deferens* мужчины.

Исследование образования, удаленного 6/XII-26 г. Удаленное образование представляет собой яйцевидное тело величиной 2,5 на 0,75 см., окруженное рыхлой клетчаткой; в одном месте прилегающая к этому яйцевидному телу соединительная ткань представляется более плотной. На разрезе яйцевидное тело имеет губчатый вид, буровато-серый оттенок и по периферии ограничено тонкой белой оболочкой. В общем, вид разреза очень напоминает атрофированное мужское яичко. При микроскопическом исследовании этого яйцевидного образования в периферических частях его обнаружена картина, близкая той, которая описана выше по отношению к миндалевидному телу, удаленному с левой стороны 18/II-25 г.; строма, соответствующая строению яичника, в которой заложены ячейки, наполненные клетками типа клеток *zonae glomerulosae* Граафовых пузырьков. Большая - же часть яйцевидного образования представляет совсем иное гистологическое строение; именно, наблюдается типичная картина атрофирующего яичка; всюду видны пересеченные в различных направлениях семенные каналы с сильно утолщенной и гиалинизированной *membranae propriae*; у многих каналов просвет отсутствует, у других имеет вид узкой щели с несколькими сморщенными клетками в нем, в некоторых каналах просвет сохранен, и в таком случае, на внутренней поверхности его видны клетки со светлой, вакуолизированной протоплазмой и бледным ядром. Нигде в каналах не обнаружено никаких признаков сперматогенеза. В промежутках между каналами заметно обильное количество типичных Лейдиговских клеток с мелко-зернистым желтоватым содержимым в протоплазме.



Большинство Лейдиговских клеток имеет сморщенный вид и пикнотическое, неправильной формы, ядро.

Исследование уплотненного очага клетчатки, прилегающего к яйцевидному телу, обнаружило типичное строение придатка яичка: среди соединительной ткани просветы неправильных очертаний с цилиндрическим эпителием. Кроме того, по соседству с этим придатком яичка обнаружен конгломерат каналов с широкими круглыми просветами, выстланными высоким цилиндрическим мерцательным эпителием, что в точности соответствует виду.

**З а к л ю ч е н и е.** Образование, удаленное с левой стороны, по характеру стромы и по виду клеток в ячейках, повидимому, представляет собой яичник, неправильно сформированный и давший в своем фолликулярном аппарате избыточное развитие клеток membranae granulosaе без созревания яиц. Такие уродливо развившиеся фолликулы подвергаются обратному развитию с петрификацией и рубцеванием.

Образование, удаленное с правой стороны, по своему строению имеет характер смешанной половой железы — ovariotestis; в нем точно так же части, относящиеся к яичку, находятся в состоянии увядания и запустения.

БЕРЕМЕНН

А. ФИЗИОЛО

менения во время  
ность беременно  
аемые при иссл  
вание и сокрытие  
и) Позная бер

во время полово  
ющийся в напр  
е женщины и  
тия.

Сперматозоиды, н  
ом эякуляте сем  
вом активного  
где могут ост

х благоприятны  
е яйцо, вышед  
роникает в него

на, носящая в  
ется беременно  
е ли яйцо н

в матке или п  
ной полости.  
как это, пов  
творяется



## VII. БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

### A. ФИЗИОЛОГИЯ ГЕНЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

#### 1. БЕРЕМЕННОСТЬ

а) Изменения во время беременности. б) Развитие плода. в) Продолжительность беременности. г) Диагностика беременности. д) Вопросы, предлагаемые при исслед. беременности. е) Вторичное зачатие. ж) Незнание и сокрытие беременности. з) Беременность „девственниц“. и) Ложная беременность. к) Симуляция беременности.

Во время полового сокоупления мужской половой член, находящийся в напряженном состоянии, проникает во влагалище женщины и извергает семя, при ощущении сладострастия.

Сперматозоиды, находящиеся в несметном количестве в каждом эякуляте семени<sup>1</sup>, проникают через влагалище посредством активного движения в полость матки и маточные трубы, где могут оставаться жизнеспособными около трех недель.

При благоприятных условиях, встретивши на своем пути женское яйцо, вышедшее из Граафова пузырька, сперматозоид проникает в него и оплодотворяет: происходит зачатие. Женщина, носящая в своем теле оплодотворенное яйцо, называется беременной. При этом совершенно безразлично, развивается ли яйцо нормально или ненормально, находится ли оно в матке или прикрепляется в маточной трубе или в брюшной полости.

Если (как это, повидимому, всего чаще происходит) яйцо оплодотворяется в трубе, то оно направляется дальше, в полость матки, благодаря перистальтике трубы и движению мерцательных ворсинок.

Между тем, в полости матки уже произошли значительные превращения для принятия оплодотворенного яйца,

<sup>1</sup> По Бумму, до 200.000.000.



т. е. образовалось предменструальное набухание слизистой оболочки, о котором говорилось (см. менструация). В месте прикрепления оплодотворенного яйца к слизистой оболочке, последняя превращается в так наз. отпадающую оболочку (decidua), названную так потому, что она после родов отчасти выделяется, отчасти подвергается обратному развитию. В отпадающей оболочке

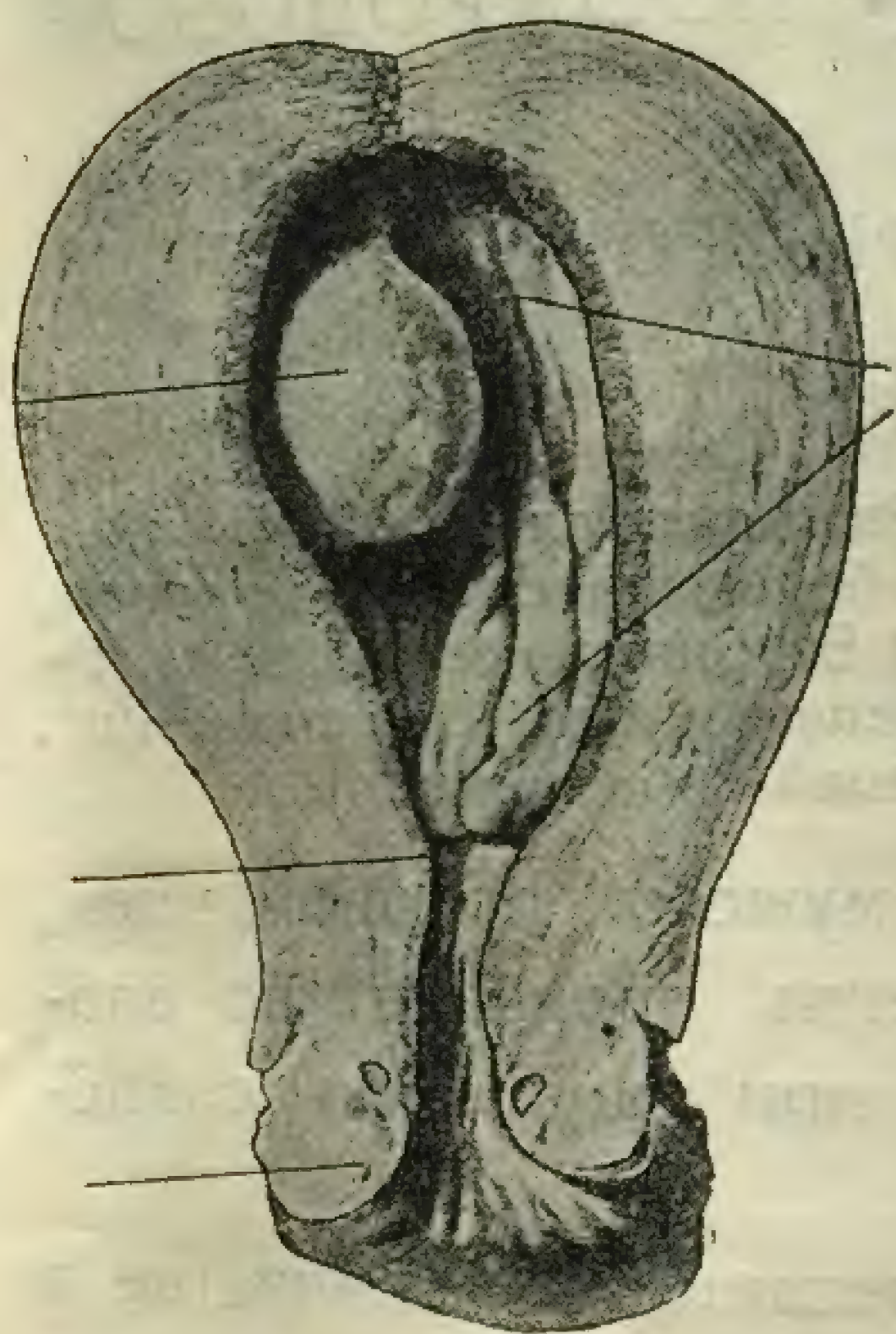


Рис. 11. Плодное яйцо в полости матки (полость матки вскрыта) I мес. беременности.

микроскопически различают два слоя: поверхностный плотный, в сторону полости матки, характеризующийся накоплением так наз. децидуальных клеток, — характерных клеток с большим пузыреобразным ядром, образовавшихся из соединительной ткани, и глубокий губчатый слой, характерный своими широкими извитыми железами и богатством сосудов. В общем и целом, слизистая оболочка матки, начав свое превращение в предменструальную оболочку, продолжает то же превращение и дальше.

Поэтому предменструальная слизистая оболочка отличается от децидуальной лишь количественно, более резким набуханием, гиперемией и развитием. Это очень важно с судебно-медицинской точки зрения, так как мы не в состоянии точно отличить предменструальную слизистую оболочку от отпадающей в начале беременности.

Оплодотворенное яйцо, уже начавшее развиваться в так наз. зародышевый пузырек, вступает в матку и в каком-нибудь месте ее, при помощи активно-прогрессивного процесса, проникает в слизистую оболочку (внедряется); клетки его оболочки (трофобласты) в состоянии растворять ткани, рассасывать и вскрывать сосуды. По окончании процесса внедрения, оплодотворенное яйцо лежит в полости матки, со всех сторон окруженное децидуальной оболочкой. Различные участки последней после законченного внедрения



имеют различные обозначения. Часть слизистой оболочки, на которой сидит яйцо, так сказать его основание, называется *decidua basalis*; оболочка, покрывающая яйцо сверху и образующая, так сказать, капсулу его, наз. *decidua reflexa*. Вся остальная часть слизистой оболочки называется *decidua vera* (истинная отпадающая оболочка). Плодное яйцо, прикрепленное обычно на дне матки, поблизости от трубного отверстия, представляет собою вдающийся в полость бугорок (см. рисунок), который постепенно увеличивается. Между 3 и 4 месяцами беременности он настолько выполняет полость матки, что *decidua reflexa* склеивается и срастается с *decidua vera*, вследствие чего полость матки исчезает.

Беременность женщины продолжается 9 календарных, или 10 лунных месяцев, или 40 недель и заканчивается родами младенца.

#### а) Изменения во время беременности

В течение беременности происходят значительные изменения в организме женщины. Эти изменения с ростом плода увеличиваются. Из общих явлений отмечаются: усиление процессов обмена веществ, гипертрофия щитовидной и других внутренних желез и мозгового придатка, что обуславливает усиленный рост некоторых частей скелета (лица, таза, увеличение носа, раздвигание зубов). На внутренней поверхности черепа, преимущественно в области лобной и теменных костей, между утолщенной и сильно васкуляризированной твердой мозговой оболочкой и костью рассеяны бумажной толщины и различной величины и цвета так наз. остеопиты (костные образования). Происходит разрыхление лонного сочленения.

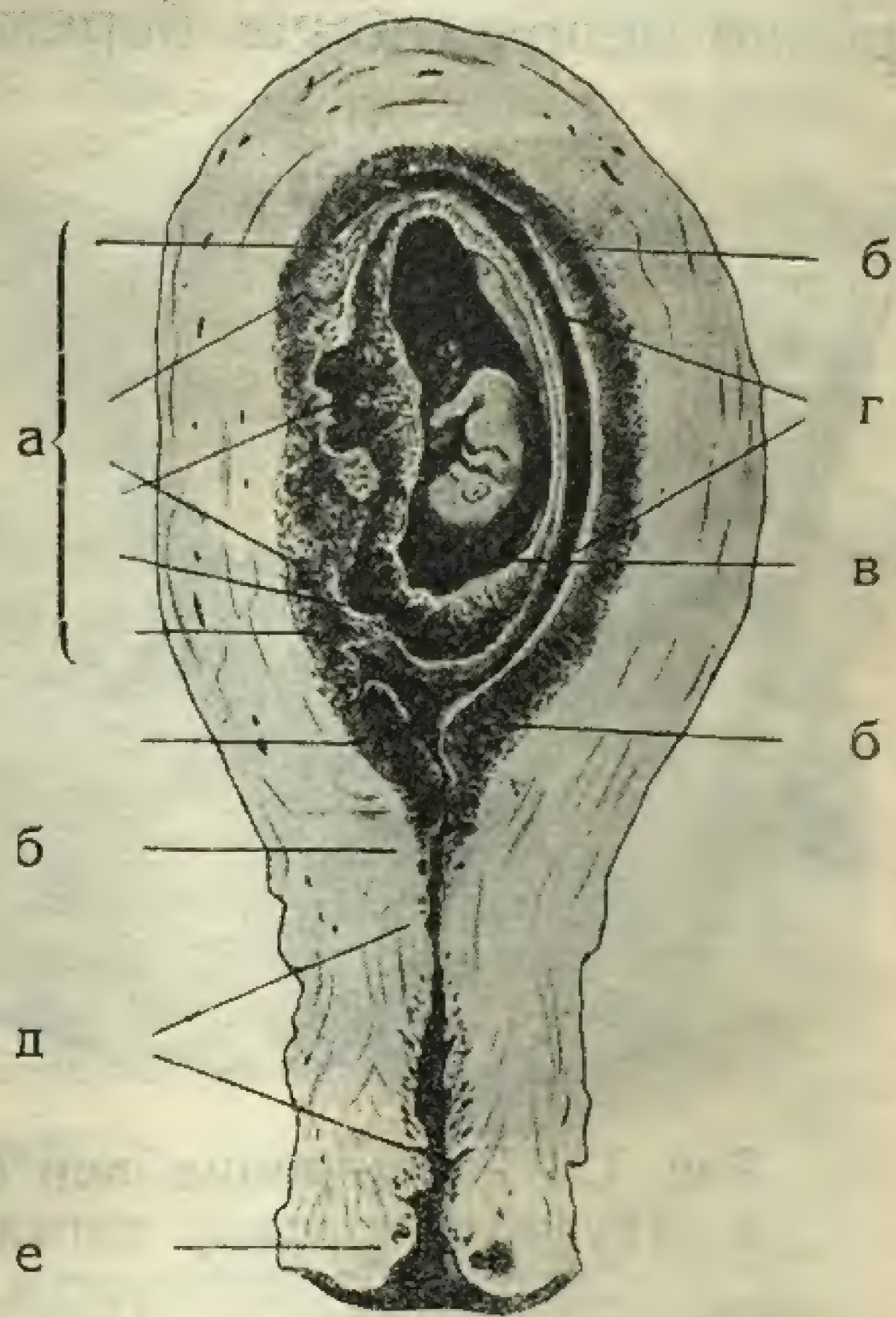


Рис. 12. Продольный разрез через берем. матку и плодное яйцо (на II мес. беременн.)  
 а. *Decidua basalis*  
 б. *Decidua vera*  
 в. *Decidua reflexa*  
 г. Свободная полость матки  
 д. Шеечный канал  
 е. Влагалищн. часть матки



Отмечается усиление роста волос, скопление пигмента в коже лица, живота и грудных сосков<sup>1</sup>, удлинение потовых желез и проч. Сердце увеличивается и расширяется; вены нижних конечностей и нижней части туловища образуют узлы венозные сплетения увеличиваются. В моче нередко белок (почка беременных Лейдена). Главные изменения происходят в поло-

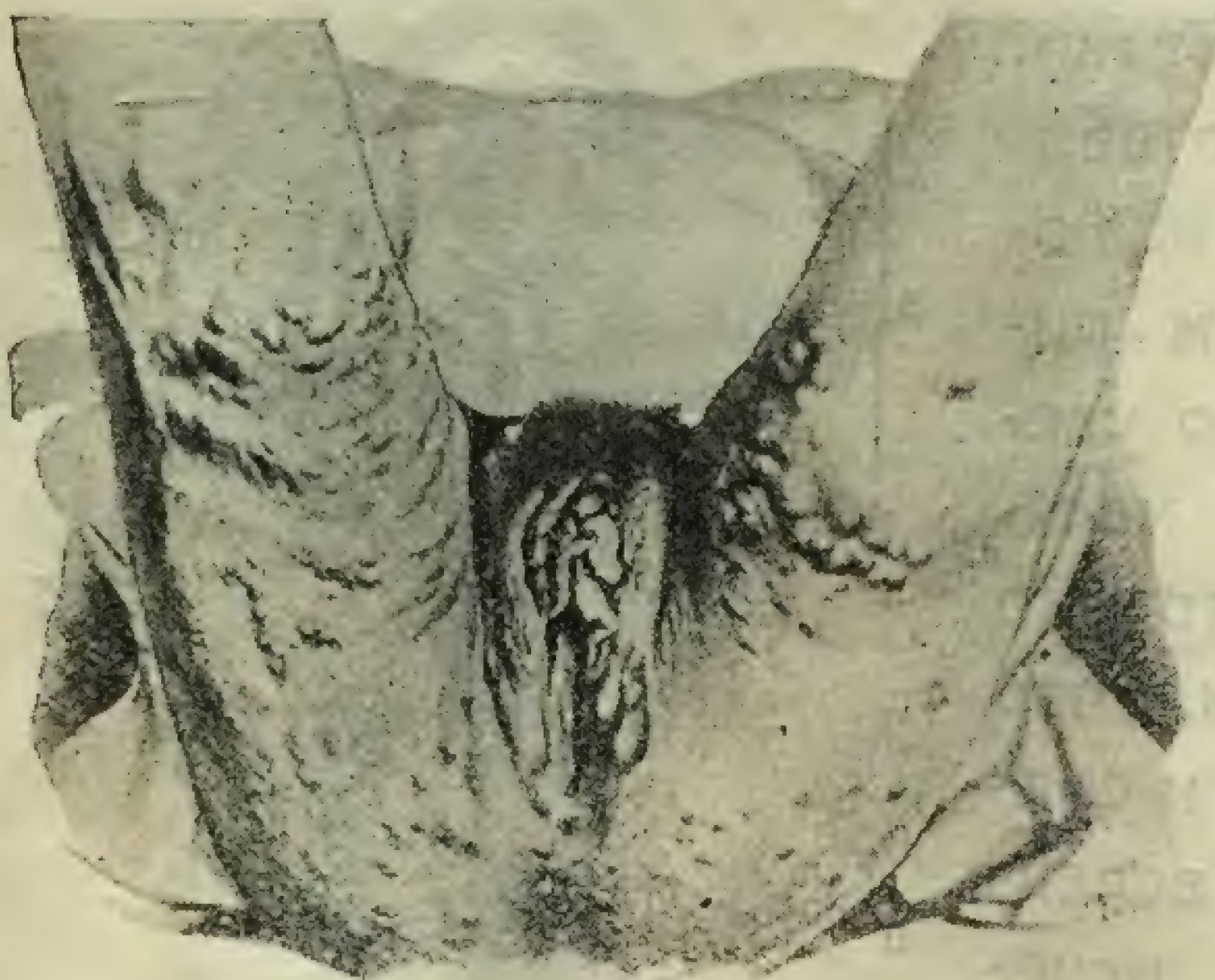


Рис. 13. Расширение вен бедер и наружных половых органов во время беременности.

вых органах и грудных железах. В грудных железах появляется обильное новообразование железистой ткани в центральных частях железы и дальнейшее разрастание уже существующих периферических долек; одновременно гипертрофируются кровеносные и лимфатические сосуды и жировая клетчатка, а соединительно-тканная основа железы разрыхляется. От этого происходит изменение формы и консистенции. Чем больше железистой ткани, тем менее меняется форма грудей; чем больше отложения жира, тем мягче и податливее груди и больше отвисают, что является правилом у повторно-беременных. Очень характерны изменения соска и околососкового кружка (areola) (см. рис. 14). Их мышечная ткань гипертрофируется, сосок удлиняется, делается чувствительнее, легко напрягается, реагируя на механические и даже психические раздражения. Вследствие отложения пигмента, сосок и околососковый кружок темнеют, от светло-коричневого до черного цвета; у блондинок, конечно, светлее, чем у брюнеток. В коже околососкового кружка находятся добавочные железки — так наз. железы Montgomery. В коже грудей уже рано заметны расширенные и сильно наполненные вены.

Одновременно с телесными изменениями, происходит изменение субъективного состояния беременных. Они страдают не-

<sup>1</sup> Отложение пигмента стоит в связи с расстройством деятельности надпочечников, также эндокринных органов.



редко малокровием, раздражительностью, капризничают, часто у них меняется настроение, беспричинно грустят; появляются причудливые желания, которых они до беременности вовсе не знали. Часто появляется извращение вкуса и обоняния, так что им нравятся необыкновенные кушанья и запахи, а к обычной пище, например, к мясу, к приятным запахам и проч. они чувствуют отвращение. Весьма частым и ранним явлением беременности служит отсутствие аппетита, тошнота и рвота, особенно по утрам и на пустом желудке. Рвота бывает иногда настолько частой, мучительной, не поддающейся лечению и изнурительной, что единственным средством к сохранению здоровья и жизни беременной является прерывание беременности, аборт. У беременных весьма часты головные и зубные боли. Беременные в общем полнеют. Но многих, слабых и больных, в особенности туберкулезных, беременность истощает.



Рис. 14. Сосок и околососковый кружок беременной женщины. Видны железы Montgomery

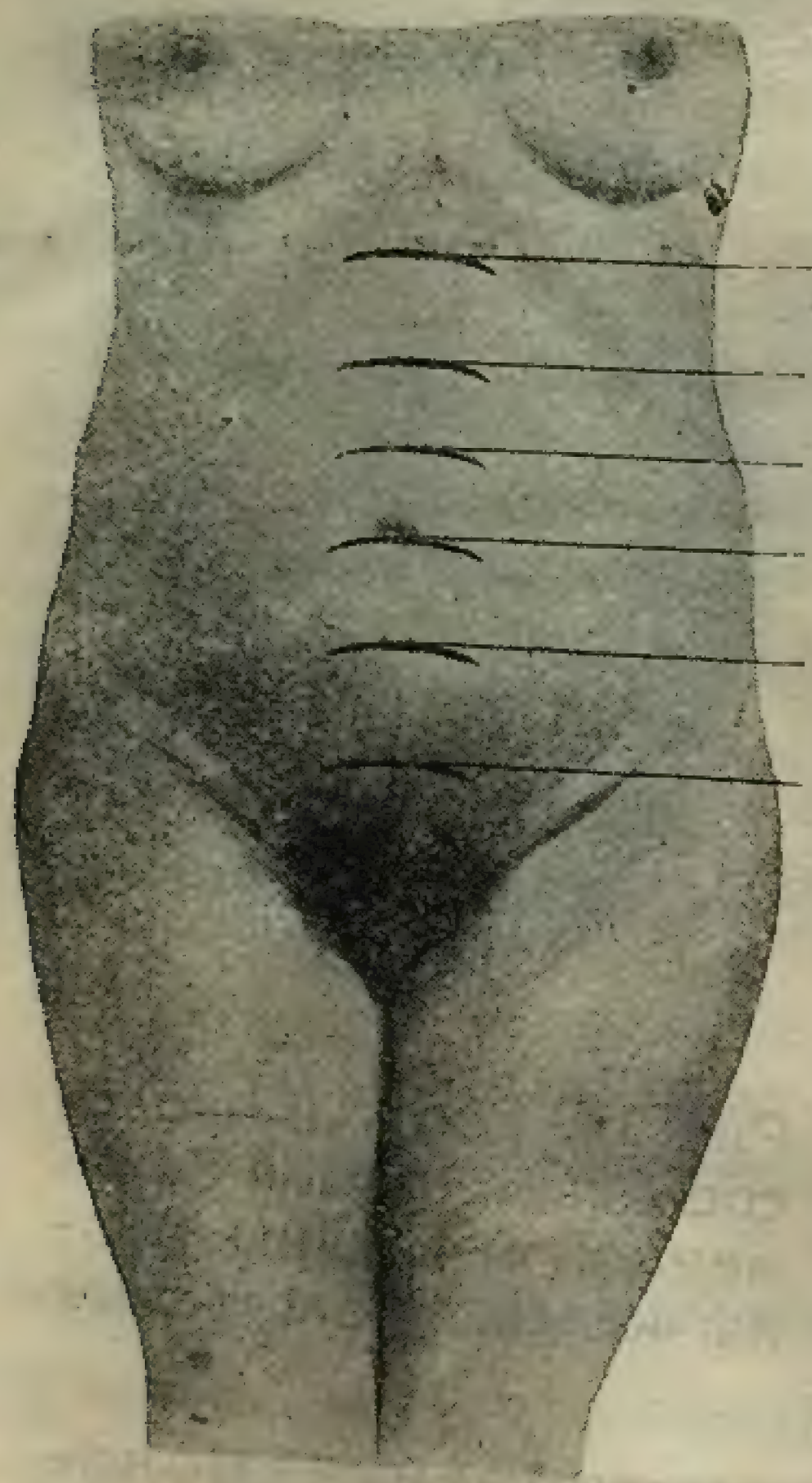
На наружных и внутренних половых органах начинается с начала беременности усиленный процесс разрыхления и васкуляризации, вместе с тем и расширение полового канала. Вскоре после наступления зачатия матка начинает увеличиваться и разрастаться. Вместе с тем она делается более сочной и гиперемичной, вследствие развития сосудов и обилия в них крови. Вместе с тем увеличивается и расширяется полость матки. Позже начинают развиваться родовые пути — влагалище и наружные половые органы. Под влиянием усиленного притока крови и др. процессов в тканях они также разрыхляются, приобретают фиолетовую окраску и припухают.

Матка, будучи в девственном состоянии величиной с небольшую грушу, в первом лунном месяце несколько разрыхляется; влагалище выделяет больше слизи. Заметного на ощупь увеличения матки еще нет.

Во втором лунном месяце при внутреннем гинекологическом исследовании уже обнаруживается незначительное увеличение матки, соответствующее, например, менструальному набуханию или немного больше. Объем ее равен приблизительно гусиному яйцу; консистенция более мягкая.



Влагалищная часть матки мягка и слегка разрыхлена, полнокровна. При захватывании ее щипцами сильнее кровоточит и чаще разрывается. Груды становятся полнее и напряженнее, иногда чувствительнее на ощупь; околососковые кружки и белая линия живота темнеют (отложение пигмента). При исследовании (признак Гегара — разрыхление нижнего сегмента тела матки) можно уже в известной степени вероятности говорить о беременности, принимая во внимание также целый ряд субъективных признаков (отсутствие менструации, тошнота или рвота по утрам, перемена настроения и вкуса и проч.). Но в судебных случаях от всякого письменного удостоверения следует отказаться и предложить переосвидетельствование через месяц.



9 мес.  
8 мес.  
7 мес.  
6 мес.  
5 мес.  
4 мес.

На третьем месяце дно матки ясно прощупывается через брюшные покровы над лобком. Величина ее — с головку младенца, консистенция мягка и рыхла. При внутриматочных манипуляциях острыми инструментами нередко пробивается. Прободения встречаются и в самых опытных руках, вследствие особенной дряблости стенки.

Влагалищная часть несколько отклонена кзади, а тело матки, вследствие тяжести, перегибается наперед, немного больше, чем у небеременной женщины. Наружные половые органы еще более полнокровны, выделения из влагалища несколько сильнее.

На четвертом лунном месяце матка бывает величиною с голову взрослого человека, дно ее прощупывается при одном наружном исследовании над лобком. Консистенция тестообразная. Ощущается ясная пульсация маточных артерий. Матка выполняет полость малого таза. При выслушивании матки над лобком слышен маточный шум.

На пятом месяце дно матки находится между лобком и пупком. Влагалищная часть еще более разрыхлена; у повторно рожавших маточный зев пропускает палец, у первобеременной — кончик пальца. К концу этого месяца плод в виде слабых толчков. При выслушивании (при условии хорошего слуха, благоприятного положения плода и тонких покровов живота) воспринимается сердцебиение плода в виде 140 — 160 и больше глухих и слабых ударов в минуту.

Сердцебиение плода и его движения служат достоверным признаком беременности.

На шестом месяце дно матки достигает уровня пупка; прощупываются отдельные части плода (головка, спинка, конечности), темнее, чем податливее и растяжимее покровы живота и менее тучны; поэтому у первобеременных роды труднее, чем у многорожавших. Груды полны и круглы; значительное отложение пигмента в околососковых кружках, на лице в виде желтых пятен (*chloasma uterinum*). Сердцебиение плода слышно несколько яснее. Из грудей выдавливаются капли мутной жидкости — молозиво, появляющееся уже в более раннем сроке беременности, иногда на 2-ом месяце.



На седьмом месяце дно матки стоит на 2 — 3 поперечных пальца выше пупка: пупок сглаживается (исчезает ямка). Плод увеличивается и яснее прощупывается. Сердцебиение ясно.

На восьмом месяце дно матки находится по середине между пупком и мечевидным отростком грудной кости. Брюшинные покровы у первородящих сильно напрягаются; живот ясно выступает вперед, особенно у многорожавших с вялыми брюшными стенками. Для удержания равновесия верхняя часть тела заметно отклоняется кзади. Этим объясняется так наз. горделивая походка беременных. Пупок сглажен. Наибольшая окружность живота (через пупок) приблизительно 80 см. Положение плода и расположение его отдельных частей ясно определяются.

Вследствие сильного растяжения, у первородящих на нижней части живота и наружной поверхности бедер образуются разрывы в глубоких слоях кожи в виде синеватых полос (*striae gravidarum*).

После родов разрывы рубцуются, приобретают белесоватую окраску и остаются в течение всей жизни, являясь важным признаком бывших родов.



Рис. 16. Беременная матка в конце беременности (из руководства Бумма).

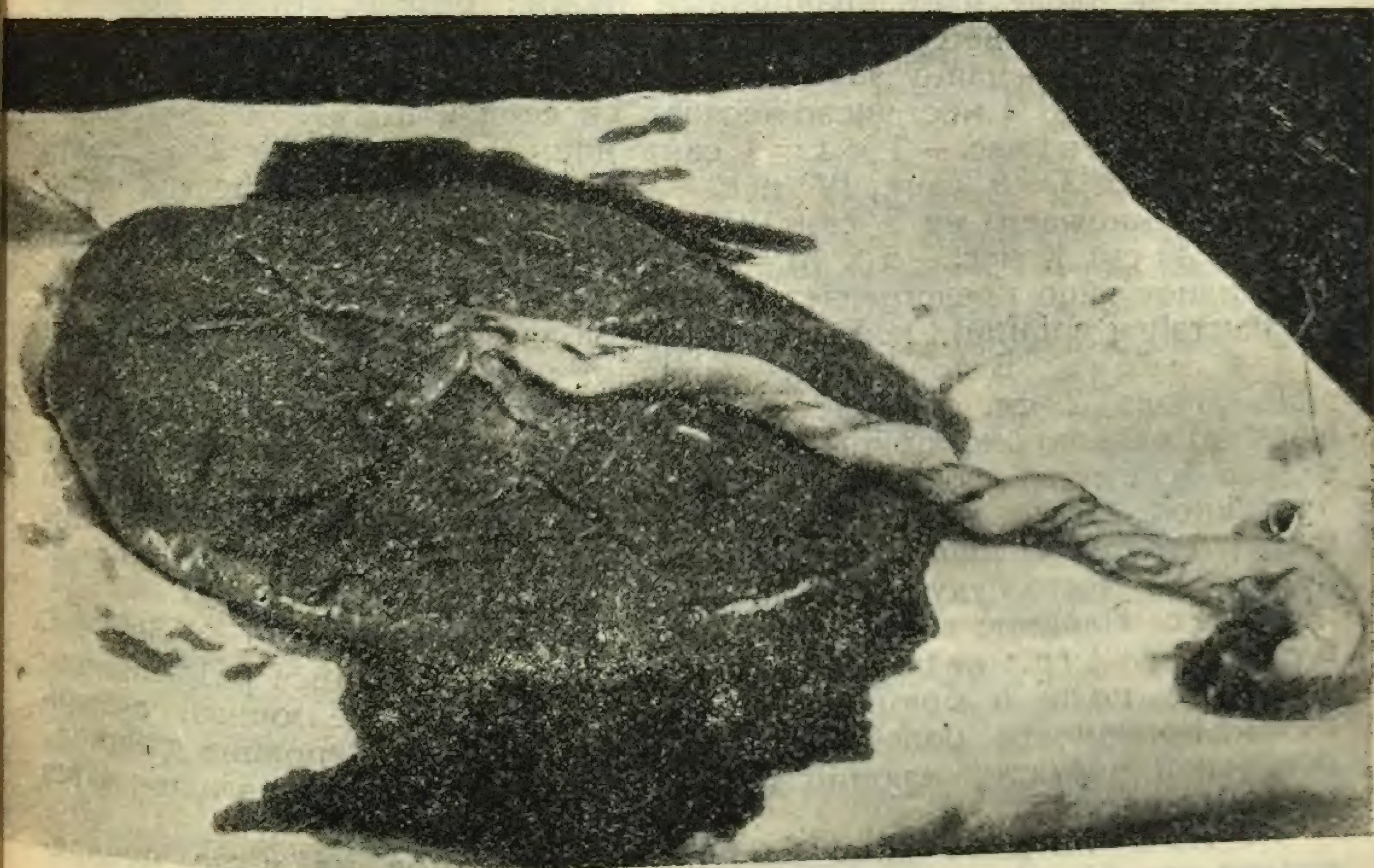


Рис. 17. Послед с прилегающим отрезком пуповины при срочных родах.

На девятом месяце дно матки стоит у реберной дуги, т. е. заполняет всю полость живота. Наружный зев матки у рожавших пропускает два пальца, внутренний зев иногда уже открыт.

В грудях гораздо больше молозива. Увеличение живота. У первородящих головка плода стоит плотно во входе в малый таз; у многорожавших она еще баллотируется (подвижна) над входом. Конечности



прощупываются справа или слева, на противоположной стороне от них находится спинка плода. Над спинкой живот, обычно, ясно уплощен, на что мною было указано еще в 1912 г. в Бреславльской клинике. Этот признак давал мне часто возможность по одному наружному виду безошибочно определять положение спинки плода. При нормальном положении плода (затылок в сторону малого таза) сердцебиение плода выслушивается справа или слева от лобка, приблизительно 140 двойных ударов в минуту.

На десятом месяце матка опускается до середины между мечевидным отростком и пупком, т. е. до уровня, на котором находилась на 8-м месяце; но живот, вследствие увеличения размеров, тогда еще больше выпячивается вперед. Наибольшая окружность живота — 100 см. Пупок выпячивается пузырьком (на 8-м месяце только сглажен). По картинному выражению Бумма, консистенция матки напоминает вареный картофель. Влагалище разрыхлено и свободно пропускает несколько пальцев и обычно выделяет слизь.

В конце 10-го месяца наступают роды.

Постоянное увеличение матки обусловливается быстрым ростом гладкомышечных волокон и др. элементов стенки матки и развитием плодного яйца.

Длина девственной матки — 6,5 см., длина матки к концу беременности — 36 см.; наибольшая ширина д. м. — 3,5 см., а к концу беременности — 25 см.; толщина 2,5 см., вес д. м. 40-50 гр., к концу беременности 1 кило; объем полости увеличивается приблизительно в 500 раз.

## 6) Развитие плода

Развитие плода идет правильным путем; определенным моментам беременности соответствует определенная степень его развития.

Мы вычисляем длину зародыша в конце каждого месяца по Гаазе, умножая от 1 до 4 мес. число месяцев на себя и получаем длину в сантиметрах. Так, в I мес. —  $1 \times 1 = 1$  сант. длины, II мес. —  $2 \times 2 = 4$  сант., III мес. —  $3 \times 3 = 9$  сант., IV мес. —  $4 \times 4 = 16$  сант.; с 5 месяца число месяцев умножаем на 5 сант. (V мес. —  $5 \times 5 = 25$  сант., VIII мес. —  $5 \times 8 = 40$  см., X мес. —  $5 \times 10 = 50$  сант.).

Плодное яйцо представляет собой пузырь, состоящий из оболочек (ворсистой и водной), последа, околоплодной жидкости и зародыша. I-й месяц. В конце I мес. плодное яйцо величиною в голубиное яйцо, около 2 см. длины; вся поверхность ворсистой оболочки (chorion) равномерно покрыта ворсинками. Зародыш, длиною в 1 см., сильно изогнутый, соединен с ворсистой оболочкой тонкой короткой пуповиной. Нос и рот образуют общую полость. С каждой стороны шеи 4 жаберных щели. Еще заметны брюшная щель и желточный пузырь. На месте будущих конечностей небольшие бугорки.

II мес. Плодное яйцо величиною с куриное; зародыш около 4 см., весом около 1 гр.; не изогнут более; полость рта и носа разделились; жаберные щели и брюшная полость закрыты; желточный пузырь исчез. Конечности более развиты, без пальцев. Пуповина длиннее. В нижней челюсти, ключицах, ребрах и телах позвонков начинается окостенение.

III мес. Плодное яйцо величиною с гусиное, на месте прикрепления его (decidua basalis) развивается послед (детское место, плацента); длина зародыша 7-9 см., вес 5-20 гр.; пальцы разделены; начинает определяться пол. Окостенение появляется на черепных костях и диафизах конечностей. Длина пуповины — 7 см.

IV мес. Длина зародыша 10-17 см., вес 120 гр.; различается пол. Показываются волосы и ногти. Вес последа 80 гр. Длина пуповины 10 см.

V мес. Длина плода 18-27 см., вес 225-300 гр. Появляются волосы на голове и пушок на теле. Кожа ярко красная, очень тонка.



Меконий (первородный кал) окрашивается желчью (зеленеет). Послед — 178 гр., пуповина — 31 см. длины. Место прикрепления пуповины поднимается от лонного сочленения зародыша вверх.

VI мес. Плод 28 — 34 см., средний вес 634 гр., голова еще сравнительно велика по отношению к туловищу. Кожа толще; начинает раз-иваться подкожный жир. На теле появляется сыровидная смазка. Яички у мужских плодов лежат в брюшной полости. У женских плодов большие половые губы мало развиты, не прикрывают клитора и малых губ. На мозгу отмечаются извилины. Зрачки еще закрыты мигальной перепонкой. Вес последа — 273 гр. Длина пуповины 37 см.

VII мес. Длина плода 35 — 38 см., средний вес 1218 гр. Волосы на головке обильны, длиной в 5 — 6 мм. Кожа еще красна и морщиниста; густой пушок на теле. Яички мужского плода начинают опускаться из брюшной полости в мошонку. Мигальная перепонка глаз на 28 неделе исчезает. В пяточной кости ядро окостенения в 2 — 5 мм. длины. Средний вес последа 374 гр., средняя длина пуповины 42 см.

VIII мес. Длина плода не менее 40 см.; вес 1500 — 2000 гр. Под кожей начинает отлагаться жир, поэтому она бледнеет, а формы тела округляются. Яички проходят паховой канал по направлению в мошонку, которая делается морщинистой; у девочек большие половые губы округляются вследствие отложения жира. Ногти почти достигают кончиков пальцев и начинают отвердевать. На мозгу — бороздки и извилины. В толстой кишке — темнозеленый меконий. Ядро окостенения в пяточной части около 5 мм., а в таранной кости — вдвое меньше. Средний вес последа — 451 гр., средняя длина пуповины — 46 см.

IX мес. Длина плода около 45 см., средний вес 2000 гр. Дальнейшее отложение жира; лицо менее морщинисто, более округлено и приятно; кожа розового цвета; пушок начинает исчезать. Средний вес последа 461 гр.; средняя длина пуповины — 47 см. Пупок (место прикрепления пуповины) находится почти посредине между лонным сочленением и мечевидным отростком.

X мес. Зрелый (доношенный) плод — 50 см. длины; весом 3000 — 3500 гр. Обильное отложение жира в подкожной клетчатке; лицо и конечности полны и округлены, суставные сгибы глубоки, пушок еще довольно обилён на плечах, в других местах — скуден. Волосы на голове густы, длиной 1½—2 см. Средние размеры головки (по Casper-Liman'y): (у мальчиков): поперечный размер 8,3 см., прямой размер 10 см., ширина лобного (большого) родничка 12 см., окружность головы через затылочный и л. бные бугры — 34 см.

Хрящи носа и ушей плотны и эластичны.

Ширина плечиков 12,5 см.; окружность их — 32 — 34 см., расстояние между вертлугами (бедерных костей) — 8 см.; отстояние пупка от лобного сочленения — 3 — 5,2 см., от пупка до мечевидного отростка грудной кости — 5,8 — 8,7 см. Яички — в мошонке. У девочек половая щель закрыта плотно прилегающими большими половыми губами. Ногти рук ороговели и выступают за кончики пальцев.

В нижних эпифизах бедер ядро окостенения, около 5 мм. в диаметре, представляет собой костное образование, величиною в горошину, находящееся в центре эпифиза. Для обнаружения его коленный сустав вскрывается поперек, мягкие части бедра оттягиваются вверх, хрящ эпифиза изрезывается на тонкие горизонтальные пластинки. Ядро окостенения представляется круглым, богатым кровью и хорошо выделяется на свежих трупах.

Средний вес последа 500 гр., средняя длина пуповины — 50 см.

Наиболее постоянные признаки плода: длина плода и ядро окостенения в нижнем эпифизе бедра.

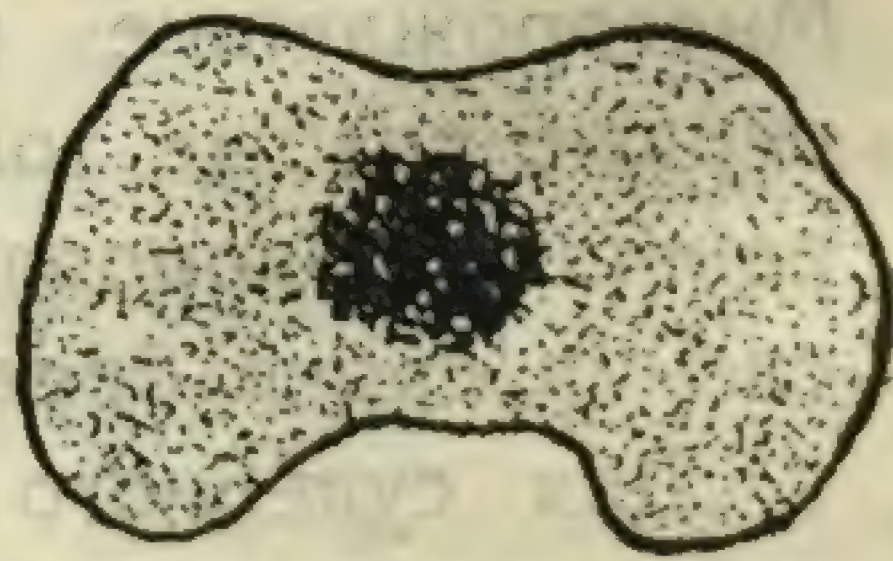


Рис. 18. Поперечный разрез через нижний эпифиз бедра зрелого младенца с ядром окостенения.



### в) Продолжительность беременности

Новейшие исследования процесса менструации и овуляции заставляют предполагать наступление зачатия приблизительно в межменструальном периоде. До этих исследований господствовало мнение, что беременность наступает спустя несколько дней после окончания последней менструации. На этом основывалось вычисление срока родов, предложенное в свое время Näggle, который к 1-му дню последней менструации прибавлял 7 дней и отсчитывал 3 месяца с года (т. е. прибавлял 9 месяцев).

Если, например, последняя менструация началась 1 августа, то роды следует ожидать:  $1/VIII + 7 \text{ дней} - 3 \text{ мес.} = 8/V$  следующего года. Ввиду того, что момент зачатия зависит от целого ряда сложных причин и случайностей (наличия жизнеспособного семени и пр.), то вычисленный срок очень часто не совпадает и является лишь средним. Колебания продолжительности беременности тем более понятны, что момент оплодотворения нам точно неизвестен, ибо он не совпадает с моментом совокупления<sup>1</sup>. Не исключается возможность оплодотворения яйца, оставшегося от предыдущей овуляции, или возможность двукратной овуляции в разные сроки межменструального периода.

Также важное значение имеют первые движения ребенка, ощущаемые посредине срока беременности. Многорожавшие женщины, умеющие лучше улавливать первые слабые толчки, могут их ощущать уже на 2 недели раньше первородящих, что также сказывается на вычислении срока беременности.

Для судебного врача обе точки опоры — менструация и ощущение движения плода, как субъективные, малоценны. Они не должны расходиться с данными объективного исследования (высотой стояния дна матки, размера живота

<sup>1</sup> Овуляция и зачатие могут совпасть, если женщина живет правильной половой жизнью, так как в таких случаях сперматозоиды всегда находятся в женском половом аппарате в свежем состоянии. От одноразового совокупления оплодотворение происходит не сразу, а через несколько часов, если яйцо спустилось по маточной трубе. Оплодотворенное в трубе яйцо требует несколько дней, чтобы достигнуть полости матки и там прикрепиться.



и матки) и степени зрелости родившегося младенца. Продолжительность беременности определяется 280 днями, или несколькими днями меньше. Ahlfeld<sup>1</sup> вычисляет среднюю продолжительность в 271 день, Тауссиг — 274 дня после совокупления. М. Френкель — 10-ю днями меньше 40 недель. Кернбергер — 273 дня<sup>1</sup>. Если роды наступают на несколько недель раньше срока, то они называются преждевременными; если роды наступают ранее 28-й недели, т. е. в течение периода, когда родившийся младенец еще не жизнеспособен, то они называются выкидышем или абортom.

В судебной медицине в делах о выкидышах и детоубийствах принято считать нежизнеспособными младенцев, родившихся раньше 30-й недели.

Определение срока беременности и родов имеет значение, главным образом, в гражданских делах об установлении отцовства, когда мужчина не признает себя отцом ребенка на том основании, что зачатие матери ребенка, по его утверждению, произошло в его отсутствие. Определение срока беременности в уголовных делах требуется, например, в связи с заявлением со стороны тайно родившей женщины, обвиняемой в детоубийстве. Поэтому ранние роды зрелым плодом и запоздалые роды издавна интересовали судебных медиков, давая повод к разноречивым мнениям. И в настоящее время вопрос еще недостаточно выяснен.

Роды могут запоздать на несколько недель. Случаи родов крупным ребенком, т. е. весом свыше 4400 гр. и длиной выше 55 см.<sup>2</sup>, обычно связаны с переносенностью на 2-3 и больше недель. Из более старых авторов Симпсон (1853 г.) сообщил о 4-х родах с продолжительностью беременности в 333, 332, 319 и 324 дня от начала последней менструации. Если зачатие произошло даже от оплодотворения яиц предыдущей овуляции, незадолго до срока наступления следующей менструации, то, отсчитав 25 дней, мы получим продолжительность беременности в 308, 307, 294 и 299 дней. В последнее время Н. Füh<sup>3</sup> сообщил

<sup>1</sup> Münch. med. Woch. 1918.

<sup>2</sup> См. мою работу в Mon. f. Geb u. Gyn. № 2 1914 г. К моим выводам присоединился также д-р Бартель на основании материал. акуш. клиники 1-го М. Г. У.

<sup>3</sup> Arch. f. Gyn. 1922, т. 117.



о беременности в 313, 320 и 329 дней. По обстоятельному обзору тщательно исследованных случаев Thomas Watts Aden<sup>1</sup> считает возможной продолжительность от 252 — 326 дней, т. е. колебание в обе стороны в 13% Gaskell описал случаи в 331 день, 336 и 315 дней после последнего совокупления, Bensinger 336 и 315 дней.

С другой стороны возможны роды зрелым плодом в гораздо более ранний срок, чем 280 дней, о чем убеждает нас весьма оживленная дискуссия среди акушеров Германии и Америки. G. Strassmann<sup>2</sup>, по примеру своего отца, считает возможным укорочение и удлинение срока беременности до 50 дней в каждую сторону от нормы, то есть  $280 \pm 50 = 230 - 330$  дней. Seitz<sup>3</sup> допускает колебание срока при зрелом ребенке от 250 — 300 дней. При более продолжительной беременности необходимо принимать во внимание, родился ли ребенок живым, умершим или уже мацерированным. Наименьшей продолжительностью беременности Seitz считает 226 дней. Haberda признает, что через 240 дней от совокупления может родиться ребенок с признаками зрелости. Если роды произошли несколькими днями еще раньше, то это также не может служить доказательством против отцовства. v. Winckel предельным сроком считает 324 дня, минимальным — 240. Alons C. L.<sup>4</sup> сообщает о продолжительности беременности (9-ой) в 322 дня. Вследствие легочного туберкулеза пациентка была под постоянным наблюдением, роды произошли самостоятельно, младенец был 56 см. длины и весил 5400 гр. В странах английского языка не установлены сроки продолжительности беременности, решение вопроса предоставляется усмотрению суда (Mc. Caffrey Lawrence).<sup>5</sup> Для незаконнорожденных детей допускались длинные сроки в 317, 313, 312 дней после сношения. В одном случае (322 дня) претензия была отклонена; другой ребенок, родившийся на 312 день в отсутствие мужа, также не признан „законным“. Mc. Caffrey Lawrence считает

<sup>1</sup> The duration of pregnancy... Transactions of the medicolegal society for the session 1922/23 г. London, 1924.

<sup>2</sup> Zentrbl. f. Sexualwiss. kn. 3, 1925.

<sup>3</sup> Kl. Woch. № 37, 1926.

<sup>4</sup> Nederl. tiidsch. v. geneesk. № 24. 1924.

<sup>5</sup> Amer. journ. of obst. a gynec. № 1. 1925.



возможным продолжительность в 336 дней, полагая, что это даже не предельный срок. А. Нейн<sup>1</sup> описал случай рождения младенца в 50 см. длины, 2980 гр. весом, 33,5 см. окружности головки и 34 см. окружности плечиков, т. е. вполне зрелого, по истечении 229 дней после совокупления.

Döderlein<sup>2</sup> считает большие колебания в продолжительности беременности редкими и советует врачу высказываться осторожно и не категорически.

Возможность запоздалых родов у человека подтверждается соответствующими наблюдениями над животными (Schwarz G.)<sup>3</sup>, у которых продолжительность беременности также колеблется в значительных пределах. Например, у лошади между 264 и 420 днями, т. е. в 156 дней, Коровы — от 252 до 320 дней, в среднем 286 дней, кобылы — от 311 до 394, в среднем 352 дня (колебание в 12%)<sup>4</sup>. Возможные причины таких колебаний: мужские плоды выносятся дольше, первая беременность короче повторной, различие пород, животные, быстро развившиеся и ранее достигшие половой зрелости, рано оплодотворяются и меньше вынашивают. Здесь наследственная особенность. Домашние животные быстрее выносят, чем дикие. Для человека эти данные имеют относительное значение.

Итак, продолжительность беременности женщины подвержена значительным колебаниям. Новорожденные, со всеми признаками доношенности, могут родиться раньше среднего срока или позже. Признаки зрелого младенца не дают точного указания на продолжительность внутриутробного развития. Широкие обследования<sup>5</sup> показали что, с одной стороны, зрелый ребенок, имеющий 50 см. длины и весящий 3000 гр., может быть недоношенным; с другой стороны, дети, рожденные после срока („переношенные“), могут быть не большего размера доношенных в срок. Так, доношенный младенец может иметь 45 см. длины, а недоношенный 51 см.; вес доношенного младенца колеблется в широких пределах, между 2250 и 4450 гр. В случае М. Kjölbeth младенец 53,5 см. длины и 4300 гр. веса родился 240 дней спустя после сношения, а другой ребенок — 51 см. длины и 4250 гр. весом — спустя 242 дня. В судебной практике мы должны, стало быть, считаться с такими

<sup>1</sup> Münch. med. Woch. 1923, стр. 505.

<sup>2</sup> Münch. med. Woch. 1923, стр. 505.

<sup>3</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 17, 1925 г.; интересные литературные данные и результаты опроса различных немецких скотоводов.

<sup>4</sup> The Watts Eden. M. D. The duration of pregn. Transactions. London, 1924

<sup>5</sup> Holzbach, Mon. f. Geb. u. Gyn. 1906, т. 26, стр. 429; Nacke, Zentrbl. f. Gyn. 1912, № 51; Hannes, Zeitschr. f. geb. u. Gyn. 1912, т. 71. Hübner. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1913, т. 38. Ergänz. стр. 86, u. Marie Kjölbsch, там же.



колебаниями. Различные западно - европейские законодательства (и наше дореволюционное) устанавливали так называемые „законные сроки“, или пределы продолжительности беременности.

В дореволюционном законодательстве максимальный срок беременности был ограничен 306 днями; минимальный срок, в течение которого развивается жизнеспособный (но не зрелый) плод, — был установлен в 180 дней. В австрийском законодательстве соответствующие сроки: 181 — 300, в германском: 181 — 302.

В Америке срок не установлен; каждый случай разрешается судьей индивидуально. Мы видим, что западно - европейские законодательства устарели и не отвечают требованиям жизни. И действительно, на Западе ведется в настоящее время борьба за расширение сроков. Ольга узен, например, давно уже высказывался за установление 310 дней и вероятной продолжительности до 320 дней. Наше законодательство, стоя на биологической точке зрения и защите интересов ребенка, не определяет сроков. В случае необходимости, вопрос индивидуально разрешается медицинскими экспертами по требованию следственных или судебных органов.

#### г) Диагностика беременности

Диагностика основывается на целом ряде вышеописанных признаков. Не все вышеперечисленные признаки, однако, равноценны. Некоторые абсолютно доказательны, другие дают возможность заключения о беременности, а другие признаки лишь указывают на возможность беременности.

По своей достоверности различают признаки:

- 1) Достоверные. 2) Вероятные или предположительные.
- 3) Недостоверные.

Достоверные признаки следующие:

- а) Об'ективное доказательство движений плода осмотром, ощупыванием и выслушиванием.
- б) Доказательство сердцебиения плода или шума пуповины выслушиванием.
- в) Прощупывание частей плода.



г) Прощупывание нижнего полюса плодного яйца в маточном зеве.

д) Обнаружение скелета младенца посредством рентгеновского снимка.

Доказательство всех этих признаков возможно с 20-й недели. В редких случаях с 16—20 недели можно ощущать движения плода, приложив руку к животу. При большом навыке и хорошем слухе после 16-й недели устанавливают так наз. *shoc foetal* (движения младенца) в виде слабых ударов, воспринимаемых ухом, приложенным к животу, лучше всего после сильного ощупывания матки. Эти детские движения могут симулироваться ритмическим сокращением брюшной мускулатуры. Доказательство сердцебиения плода и шума пупочных сосудов в редких случаях удается с 15 недели, но в большинстве случаев после 20. Полюс плодного яйца в маточном зеве прощупывается с 34—36 недели, у первородящих только в конце беременности (ибо зев закрыт), а потому не имеет большого диагностического значения.

При смерти плода все достоверные признаки беременности теряются, и беременность определяется только по остановке развития матки. При пузырьном заносе имеется чрезмерно быстрое увеличение матки, не соответствующее времени беременности.

Отсутствие достоверных признаков является важной диагностической приметой.

Рентгеновский снимок скелета (головы и позвоночника) удается обычно после 5-го месяца, ибо раньше не дает контраста между тенью скелета младенца и мягких частей.

Edling<sup>1</sup> получал уже с 3-го месяца беременности хорошие рентгеновские снимки, но в следующие месяцы они ему удавались гораздо лучше. Leiser<sup>2</sup> у удавалось от 14-20 недели во всех случаях видеть скелет плода, с 14 недели точно определить или исключить беременность<sup>3</sup>.

Peralto Pamos, Alberto, Bergmann<sup>3</sup> обнаруживали в 10 сл. оссификационные центры на 3 месяце, скелет — на 4 и 5 мес.

<sup>1</sup> Münch. med. Woch. 1911, стр. 567.

<sup>2</sup> Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. 1916 г., т. 34. Kongressbl. — Изложение техники и результатов различных снимков.

<sup>3</sup> Semana med. № 40. 1926 г. Изложение техники и результатов рентгеновских снимков.



## Вероятные признаки беременности

1. Отсутствие менструации.
2. Изменения матки: а) увеличение (утолщение ее, признак Dickinson'a в конце первого месяца); б) изменение формы; в) изменение консистенции<sup>1</sup>; г) признак Hegar'a; д) признак Piskasek'a на втором месяце (асимметрия).

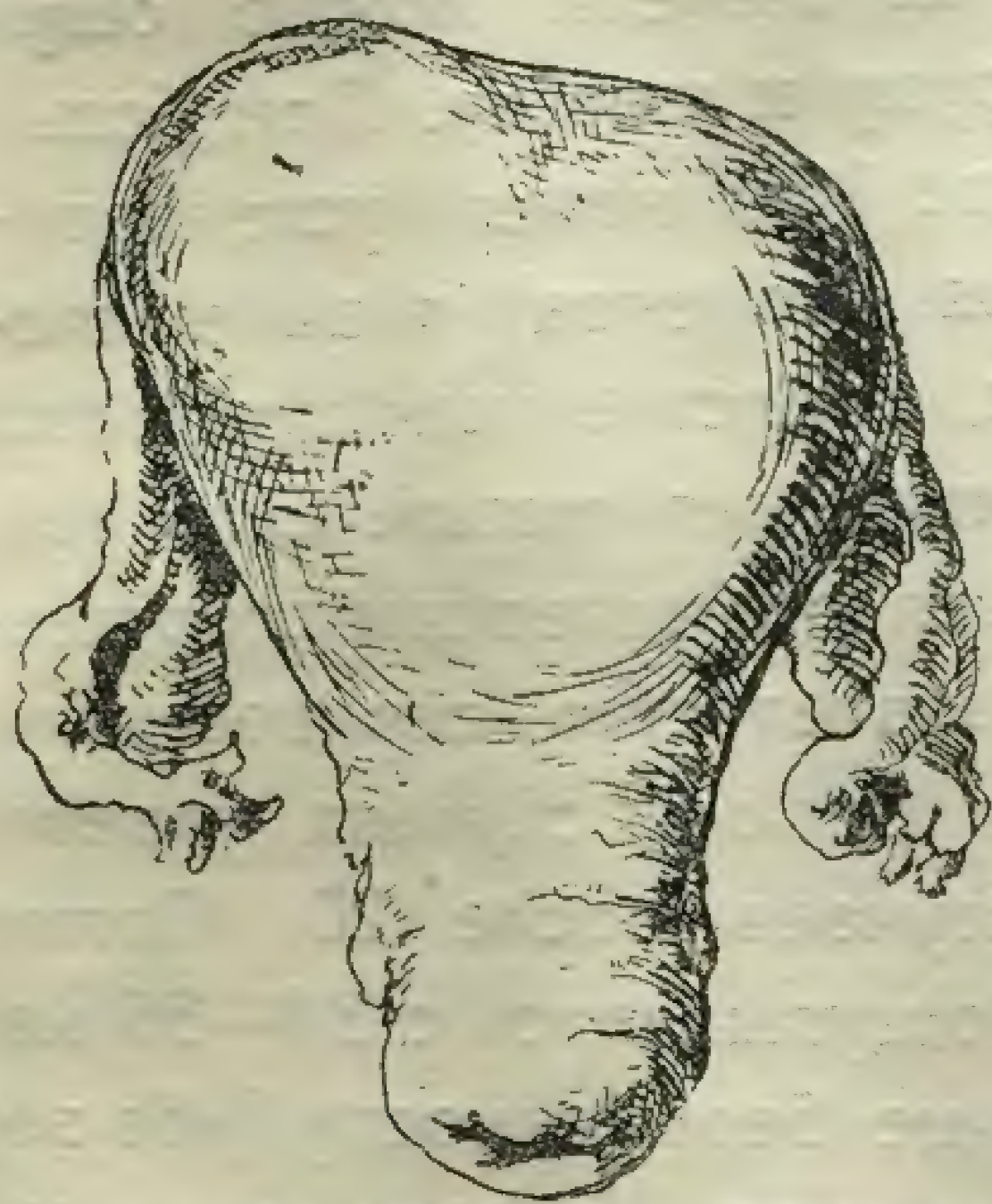


Рис. 19. Признак беременности Piskasek'a (асимметрия) тела матки.

3. Пульсация маточных артерий.
4. Изменение окраски наружных органов, влагалища и маточного зева (красно-синюшный цвет).
5. Разрыхление и сильная серозная отечность слизистой оболочки.

6. Изменения груди (в большинстве случаев с 12-й недели увеличение железы, расширение кожных вен, коричневая окраска соска и околососкового кружка,

выпячивание желез Montgomery, эректильность (возбуждаемость) сосков, молозиво<sup>2</sup>.

7. Прощупывание истинного желтого тела (Freud).
8. Присутствие 1-ая степени чистоты культуры в „биологическом мазке“ из влагалища.

На основании многочисленных наблюдений<sup>3</sup> определено, что в половых органах здоровой женщины (в биологическом мазке влагалищных выделений) находится во время беременности 1-ая степень чистоты, при незначительных молочного цвета белях кислой реакции и небольшом отторжении эпителия.

Из всех вероятных признаков остановимся подробнее на прекращении менструации.

<sup>1</sup> Можно согласиться с Архангельским (Гин. и Ак. № 4, 1923 г.), что матка иногда становится „шероховатой“, что стоит в связи, по моему мнению, с асимметрией не только формы, но и гипертрофии процессов отдельных элементов стенки матки.

<sup>2</sup> Ebeler (Med. Kl. 1915, № 39) отмечает появление молозива у небеременных во время менструации, при опухолях яичников и матки.

<sup>3</sup> Apfel'я, Lahm'a, Lehmann'a и др.



Это явление настолько общеизвестно, что каждая женщина, живущая половой жизнью, прежде всего думает о беременности, если менструация не приходит в срок. Для многих женщин, следящих за собою, менструация является „календарем“, более или менее точным. Менструация у очень многих женщин проходит поразительно точно — ровно через 28 дней от начала предыдущей менструации, день в день, иногда час в час. Но иногда менструация запаздывает — источник нравственных мучений современной женщины, боящейся забеременеть, или надежды — женщины, жаждущей ребенка. Но мы очень часто встречаем вполне интеллигентных женщин, никогда не помнящих срока предыдущей менструации. Иногда муж ведет этот учет.

Однако, отсутствие менструации не является абсолютным признаком наступления беременности. Во время болезни (малокровие, некоторые болезни органов внутренней секреции и пр.) или периода кормления, недостаточного питания, при перемене жительства (переезд крестьянки в город), при тяжелой работе (полевые работы) — менструация может отсутствовать. Но так как овуляция может тем не менее произойти, то не исключается возможности беременности. С другой стороны, каждому гинекологу известно много случаев, когда менструация продолжается даже по наступлении беременности, иногда 1-2 раза, а иногда до половины срока беременности и позже, приводя в недоумение беременную и мужа, не ожидающих вовсе такого сюрприза.

Если зачатие происходит перед самым сроком менструации, когда последняя уже была подготовлена процессом овуляции, то происходит одна менструация — последняя; обычно она слабее и менее продолжительна. В этих случаях может произойти ошибка в вычислении срока беременности на целый месяц. Поэтому всегда следует подробно расспросить, какова была последняя менструация. Если беременная определенно заявляет, что последняя менструация была слабее и продолжалась, допустим, только 2 дня (а нормально она продолжается 4-5 дней), то следует предположить, что женщина уже забеременела до этой менструации. Особенно полагаться на заявления беременных нельзя.

Присутствие или отсутствие менструации (и ее характер) является, однако, признаком, о котором суд. - мед. эксперти



приходится судить со слов исследуемой или окружающих; поэтому ценность этого признака в судебной медицине ограничена, и ему придают значение лишь в том случае, если он подтверждается другими объективными признаками.

Гофман напоминает о том, что в нужных случаях можно симулировать менструацию.

В одном случае (Casper - Liman) с целью симуляции была употреблена птичья кровь, которая была доказана микроскопическим исследованием. В случае Гофмана дело шло о детоубийстве, где мать обвиняемой не знала о беременности дочери, отдававшей в стирку окровавленную рубашку. Выяснилось, что рубашка была чужая. Мне несколько раз приходилось свидетельствовать молодых девушек, из очень строгой семьи, беременных и принужденных скрывать свою беременность от зорких глаз матери путем замачивания рубашки и панталон кровью или краской в сроки ожидаемой менструации.

Одна из моих смоленских пациенток призналась, что она таким образом скрывала беременность до 6-го месяца от всех своих родных (матери, бабушки и сестер) и, наконец, незаметно для них родила в соседней комнате (см. гл. о выкидыше).

Во время беременности могут происходить кровотечения другого рода: из эрозий на влагалищной части матки, полипов, при беременности пузырьным заносом и угрожающем выкидыше, при перемещении в полости матки плодного яйца (Schatz), при неправильном положении последа. В течение первых трех месяцев, покуда decidua vera и (русское) reflexa не склеены между собою, из полости матки может кровоточить. Если эти кровотечения слабые, продолжаются несколько дней и приходят через более или менее правильные промежутки, то они могут симулировать менструацию.

Менструальная кровь обладает некоторыми отличительными особенностями. Она бедна фибрином; находящиеся в ней клетки влагалищного эпителия всегда содержат гликоген. Обыкновенные же кровяные пятна (не менструальной крови) всегда содержат богатую сеть фибрина. Для доказательства фибрина соскоб кровяного пятна наносится на предметное стеклышко, покрывается покровным стеклышком и смачивается дистиллированной водой. Гемоглобин выщелачивается, эритроциты растворяются; обнаруживается сеть фибрина. Для окраски воду из препарата отсасывают фильтровальной бумагой, прибавляют 95° алкоголь, — для фиксации отсасывают, окрашивают в течение 15 мин. свежесваренный анилин гентаан - виолетом; краска отсасывается, прибавляется раствор иодистого калия (1:2:100); препарат промывается



водой, проводится через анилин - ксилол (2:1), отсасывается; анилин удаляется ксилолом. В менструальной крови очень мало фибрина, в нем менструальной — густая темно-синяя сеть и отдельные нити фибрина.

Для определения гликогена пятно растирается в Люголевском растворе или иод-глицерине. Гликоген окрашивается в коричневый цвет. В старых, пожелтевших пятнах он определяется с трудом. В этих случаях рекомендуется быстро растереть запачканные кровью части материи в насыщенном растворе двууглекислой соды; при этом комки крови растворяются. При продолжительном воздействии растворяется гликоген. Тогда прибавляют каплю Люголевского раствора, окрашивающего в коричневый цвет гликоген влагалищных эпителий (Dyrenfurth)<sup>1</sup>.

В целлоидиновых, фиксированных в алкоголе срезах гликоген может быть окрашен по Best'y с предварительной окраской гематоксилином.

Однако, не все эпителии влагалища в одинаковой степени содержат гликоген (Меркель<sup>2</sup>), но, во всяком случае, в сухой менструальной крови всегда содержатся несколько клеток, красящихся Люголевским раствором (указание на присутствие в л а г а л и щ н о й с л и з и. Меркель).

### Недостовверные признаки беременности

I. Увеличение размеров живота; расширение нижней части грудной клетки, увеличение жирового слоя, особенно в бедрах и груди.

II. Рубцы беременных (striae) на животе, бедрах, грудях.

III. Пигментация кожи (лица, белой линии живота).

IV. Изменения черт лица (асгомегалойд), конечностей (асгомегалия беременных).

V. Набухание варикозных узлов на ногах, наружных половых органах, прямой кишке, вследствие затруднения оттока крови.

VI. Лабильность нервной системы; рвота по утрам, запоры; чувство давления в желудке, дермографизм.

VII. Внутрисекреторные изменения: увеличение щитовидной железы; ваготония, нервная раздражительность, бессонница, психические изменения.

VIII. Реакции сывороточные и на изменение обмена веществ (реакция Абдергальдена).

Биологическая реакция Абдергальдена на присутствие беременности производится следующим образом:

Из вены исследуемой особы, нагошак, стерильной иглой добывают 25 куб. сант. крови и сливают в рюмку. По оседании форменных элементов, сыворотка центрифугируется до полного обесцвечивания (до исчезновения в сыворотке красящего вещества крови). К 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> куб. сант. исследуемой жидкости, налитой в перепончатую гильзу, прибавляют от 0,5 - 1 гр. следа, специально обработанного (тщательно обескровленного путем промывки текучей водой) и нарезанного мелкими кусочками. Перепончатая гильза устанавливается в маленькую колбочку Эрленмейера, наполненную 20 кубическ. сант. воды. Сыворотка и вода

<sup>1</sup> Zeitsch. f. Mediz. - B., № 26, стр. 452, 1913 г.

<sup>2</sup> D. Z. f. d. g. g. Med., т. 4, кн. 1, стр. 1.



покрываются тонким слоем толуоля, колбочка покрывается часовым стеклышком и ставится на 16 — 24 часа в термостат.

Затем диализат (жидкость в колбочке) проверяется на присутствие в нем продуктов расщепления белка при помощи биуретовой или нингидриновой реакции. Для получения последней 10 куб. сант. диализата с 0,02 куб. сант. 1% водного раствора нингидрина кипятят ровно одну минуту. Появление слабой голубой окраски доказывает расщепление плацентарного белка = положительный результат.

Для биуретовой реакции к 10 куб. сант. диализата прибавляется 2,5 куб. сант. 33% раствора натриевой щелочи покрывают 0,5 куб. сант. слабого раствора сернокислой меди.

Фиолетовое кольцо на месте соприкосновения жидкостей обозначает положительную реакцию. Биологическая реакция Абдергальдена основана на следующем принципе. В крови беременной женщины циркулируют плацентарные белки, как чужеродные тела. Сыворотка крови иммунизируется и приобретает способность расщеплять плацентарный белок. Продукты расщепления белка проходят через перепончатую гильзу в окружающую воду и определяются одной из вышеописанных проб (с нингидрином или биуретовой).

Реакция Абдергальдена, имея огромное научное значение, капризна, требует тщательно приготовленного последа (без малейших следов крови) и др. условий и не везде выполняема. Кроме того, она не совсем специфична и дает положительный результат при некоторых болезнях (вне беременности) и даже у мужчин. Но вообще, как подсобный признак беременности, она может уже давать результаты на 2-м месяце беременности.

#### Реакция оседания эритроцитов крови по Alf-Westergren'y

Стерильным шприцем, промытым 5% раствором лимонно-кислого натра, забирают 0,5 куб. сант. свежеприготовленного прозрачного раствора лимонно-кислого натра и смешивают его без сильного взбалтывания с 2 куб. сант. стерильной крови, полученной из локтевой вены исследуемой женщины. Наполняют кровью градуированную стеклянную трубку до отметки (указ. 20 куб. сант.) и точно отмечают время. У нормальных женщин (небеременных) появляется осадок в 5, 10 и 80 мм. через 1, 2 и 24 часа. Во время беременности до родов оседание эритроцитов ускоряется; во время родов в течение часа оседает 15-20-кратное количество.

Реакции, основанные на изменении обмена веществ и появлении виноградного сахара в моче у беременных

#### I. Проба Frank-Nothmann'a

Перед реакцией измеряют количество сахара в крови и удостоверяются в отсутствии сахара в моче. После введения во внутрь 100 гр. виноградного сахара и 300-400 гр. чая, мочевой пузырь катетеризируется через полчаса, часовые и полтора часовые промежутки. Полученная моча исследуется на присутствие в ней виноградного сахара. Одновременно измеряется сахар в крови по микрометоду Банга. Появление сахара в моче служит вероятным признаком беременности.

#### II. Флоридзиновая проба

Утром, натощак, впрыскивают исследуемой 0,2 флоридзина (или патент. средство „матурин“) и заставляют исследуемую выпить 500 куб. сант. чая или воды без сахара. В вышеуказанные промежутки исследуется моча на присутствие сахара, каковое служит вероятным признаком беременности.



### III. Адреналиновая проба

Прием натошак 10 гр. виноградного сахара в 200 куб. сант. воды, через  $\frac{1}{4}$  часа впрыскивают 0,5 миллигр. адреналина (1:1000); если в моче обнаруживается сахар, сейчас же или спустя полчаса, час, полтора часа определяется содержание (если ранее не появлялся). Глюкозурия при нормальном или незначительно повышенном содержании сахара в крови — вероятный признак беременности.

Итак, достоверные признаки беременности основываются на доказательстве присутствия младенца, вероятные — на изменениях половых органов и грудей женщин, недостоверные — на изменениях в остальном организме женщины.

#### д) Вопросы, возникающие при исследовании беременности

При исследовании женщины могут возникнуть следующие вопросы:

I. Существует ли вообще беременность? Если существует, то первая или повторная?

II. Срок беременности и предполагаемое время родов?

III. Жив ли плод? Его положение и величина? Одноплодная или многоплодная беременность?

IV. Состояние родовых путей? Форма и величина таза и мягких частей?

V. Имеются ли какие-либо осложнения беременности: со стороны половых органов или со стороны других органов?

Из сказанного ясно, что беременность в первые месяцы может быть определена лишь с вероятностью. Со второй половины, при наличии достоверных признаков со стороны плода, беременность определяется точно. Это следует иметь в виду при выдаче удостоверений. В спорных случаях нужно предложить повторное исследование (через месяц — полтора), точно отметив состояние матки, либо выждать второй половины. Если матка правильно увеличивается, то это служит указанием на беременность. Другая причина увеличения матки — опухоль — имеет неправильный рост, не соответствующий указанному (по месяцам).

Что врачу, даже опытному, не только в первые месяцы, но и во 2-ой половине беременности очень легко ошибиться, свидетельствуют многочисленные случаи. Но еще легче



ошибиться в расчете срока беременности, ибо нередки колебания в величине матки, развитии грудей и проч. Так, при хроническом метрите, когда матка вообще увеличена, беременность в 2 месяца может быть принята за 3-хмесячную. Большой плод, двойни или многоводие могут вызвать сильное растяжение живота.

Малый плод дает обратное отношение.

Между тем, в последнее время встречались жалобы на врачей со стороны следственных и страховых органов на неправильное определение срока беременности, вызвавшее слишком продолжительный отпуск. Конечно, эти жалобы неосновательны<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Д-р Ижевский любезно сообщил мне о двух таких случаях:

1) Обвинение врача С. в неправильном определении в двух случаях срока беременности. Дело возникло по инициативе страхассы усмотревшей небрежность и халатное отношение к делу со стороны врача С., вследствие чего произошла ошибка в определении срока беременности, в одном случае на 65 дней, а в другом на 28 дней. Первый случай касался женщины, получившей новую беременность во время кормления грудью ребенка и при отсутствии менструации; первых движений плода беременная не могла точно установить: ребенок родился крупного размера и большого веса; кроме того, эта женщина страдала варикозным расширением вен слизистого влагалища. Учитывая все эти обстоятельства и принимая во внимание случай проф. Цангейстера, когда наблюдалось продолжение беременности 355 дней, т. е. на 75 дней более нормального срока, эксперты пришли к заключению, что ошибка в определении срока беременности на 65 дней, хотя и является редкой, но возможной без наличия небрежности со стороны врача. Тем более возможна ошибка в сроке на 28 дней, наблюдающаяся нередко и при нормально протекающей беременности, как показывает клинический опыт.

2) Обвинение врача в небрежности при определении беременности тогда, когда возможна была симуляция беременности или перерождение плода. Дело здесь шло о женщине с очень резким ожирением брюшных стенок, затруднявшим ощупывание дна матки и частей плода, при этом больная не могла точно указать ни срока последней менструации ни начала движения плода. В прошлом у нее был ряд беременностей, обычно заканчивавшихся выкидышем. В настоящем случае родов не наступило, а больная наблюдала у себя отхождение каких-то кусков. Эксперты пришли к заключению, что сильное ожирение затрудняет исследование матки и что в данном случае вероятнее всего беременность с перерождением плода (missed abortion), когда умерший плод удаляется из матки или до срока нормальных родов или в срок, или даже позже.



### е) Вторичное зачатие

Более научный, чем практический, интерес представляют некоторые формы отклонения от нормального зачатия, носящие название вторичного зачатия.

Если в течение одного овуляционного периода с промежутком в несколько дней оплодотворяются 2 женских яйца, вышедших из 1 или 2 Граафовых пузырьков, то процесс называется *superfoecundatio*. Этот процесс вполне возможен и встречается, объясняя, вероятно, некоторые случаи многоплодной беременности. Если мужья принадлежали к разным расам, то и дети могут носить характерные особенности этих рас, например, один ребенок рождается белым, другой черным (от отца негра).

Если же вторичное зачатие наступает после продолжительного промежутка времени, например, в несколько месяцев, то такой процесс называется *superfoetatio*.

Возможность такого рода вторичного зачатия зависит от того, возможно ли допустить овуляцию во время беременности. Если в исключительных случаях она возможна, то не представляет ли развивающееся в матке плодное яйцо абсолютное препятствие новому оплодотворению или, по крайней мере, укреплению и развитию вновь оплодотворенного яйца? Вопрос весьма спорный. По изречению „в медицине все возможно“ следует допустить и такой исключительно редкий случай, который мог бы объяснить рождение двух близнецов различной степени развития, например, один 47 см. длины, другой — 30 см. Подобные случаи родов, встречающиеся не особенно редко, объясняются неодинаковыми условиями питания обоих близнецов. На возможность *superfoetatio* напрашиваются разновременные роды близнецами. Например, пациентка Eisenmann'a родила одного доношенного младенца 30 апреля 1748 г., а другого близнеца — 17 сентября того же года, т. е. через 4½ месяца. Подобные случаи описаны и др. авторами. Они объясняются либо таким образом, что из двух, одинаковой давности, но неодинакового развития, плодов лучше развитый рождается раньше, а меньший плод остается в матке дозревать, либо остается предположить *superfoetatio*.

Следует иметь в виду также возможность двойной матки, из которой каждая оплодотворена независимо от другой.



В пользу *superfoetatio* говорит еще один случай, когда женщина после зачатия менструировала несколько месяцев и затем разрешилась в разные сроки.

Против *superfoetatio* говорит то обстоятельство, что до сих пор на трупах беременных женщин ни разу не находили свежее лопнувшего фолликула. Однажды на трупе женщины, умершей от аборта, мною обнаружено в обоих яичниках по одному желтому телу, как будто не совсем одинаковой давности. Определенно высказаться не считаю возможным.

За возможность *superfoetatio* говорит, например, наличие внутриматочной беременности и одновременно вне-маточной, но более раннего срока. Если бы возник вопрос об отцовстве второго плода, то суд.-мед. эксперт стоял бы перед неразрешимой проблемой (если бы на его счастье вторым отцом не оказался негр или китаец).

В связи с этим возникает вопрос: через сколько времени после родов возможно новое зачатие?

По существующему взгляду — через 6 недель после срочных родов, а после аборта или преждевременных родов и раньше, т. е. когда матка придет в нормальное состояние и слизистая оболочка возродится.

König<sup>1</sup> сообщил, что одна женщина, имевшая на 4-й день после родов единственное сокоупление (в течение 3-х последних месяцев не имела половых сношений), через 243 дня родила доношенного младенца, весом в 3550 гр.

По Schatz'y (1904 г.), первая овуляция после родов может произойти через 3 недели, даже на 10 день. Из ветеринарной практики известно, например, что наилучший момент оплодотворения кобылы — через неделю после ее родов.

#### ж) Несознавание и сокрытие беременности

Так как в течение первых месяцев беременность обычно не вызывает резких изменений в организме женщины, то она может протекать незамеченной; суб'ективные явления (тошнота, рвота, настроение, отсутствие месячных) могут быть истолкованы иначе. Но во второй половине беременности наступают уже такие резкие изменения, что лишь при особых обстоятельствах можно допустить, чтобы нормальная женщина не сознавала своего состояния.

<sup>1</sup> Zentrbl. f. Gyn. 1893, № 19.



Предполагается, что каждая женщина, достигшая половой зрелости и умственно нормальная, понимает значение полового совокупления и возможность забеременеть, тем более, что некоторые признаки, резче выступающие в последующие месяцы, должны выяснить женщине ее положение или, по крайней мере, навести мысль на беременность. Исключением могли бы быть случаи зачатия от совокупления, совершенного с женщиной, находившейся в бессознательном состоянии (наркоз). Но к подобным заявлениям следует относиться с величайшей осторожностью<sup>1</sup>.

Неправильности менструации могут ввести женщину в заблуждение, например, кормящую, неменструирующую, часто уверенную в беспоследственности половых отношений. Иногда женщина объясняет отсутствие менструации наступлением климактерия. Одна моя пациентка, 45-летняя бездетная особа, забеременела после 20-летней супружеской жизни и была крайне изумлена, узнавши об этом.

В других случаях беременность может быть принята за болезненные симптомы, существовавшие раньше, в особенности, если женщина встречает со стороны врача подтверждение в отсутствии беременности. Бывали случаи, когда врачи принимали беременность за водянку живота, кисту яичника или опухоль матки.

Фрич рассказывает как одна из его пациенток в последние часы беременности собралась на курорт в виду того, что врачи объясняли ее жалобы болезненным расстройством, а о беременности никто и не подумал.

В одной из лучших терапевтических клиник Берлина, в бытность мою молодым врачом, лежала продолжительное время пациентка с диагнозом редкой болезни („расстройства блуждающего нерва“). Над больной производились сложные исследования, с использованием новейших научных достижений. Каждый раз открывались все новые „симптомы ее болезни“. Профессор охотно демонстрировал свою редкую больную иностранным врачам, часто посещавшим клинику. Однажды, во время очередной демонстрации, один из иностранных посетителей на ломанном немецком языке спросил... нет ли у „больной“ родовых схваток? И действительно, „редкая больная“ оказалась просто беременной. В результате многочисленных исследований у нее появился аборт на 4-ом месяце.

Еще на студенческой скамье, в Берлине, мне пришлось видеть пациентку, которую демонстрировал покойный профессор Бумм. По примеру других врачей, он нашел у нее опухоль от задержки месячных в матке (haematometra) и тут же на лекции произвел чревосечение в целях удаления ее, но оказалась нормальная трехмесячная беременность.

<sup>1</sup> Особенно осторожно необходимо относиться к случаям, когда обвиняемая в детоубийстве оправдывается незнанием своей беременности.



Я привел эти поучительные случаи в качестве иллюстрации того, насколько возможны ошибки у крупнейших специалистов, спасших в своей жизни не одну сотню больных от верной смерти!

Эти ошибки объясняются тем, что мысль врача иногда направляется течением обстоятельств в ложное направление. Какой-либо симптом заставляет его задуматься и предположить редкую болезнь, когда на самом деле состояние больной объясняется гораздо проще. Еще легче бывает ошибка, когда врач, поставивший неправильно диагноз, внушает его следующему и т. д.

Я привел эти случаи и с другой целью. Быть может, в противоречии с некоторыми судебными медиками, я придерживаюсь мнения, что взрослая, совершенно здоровая, умственно нормально развитая женщина вполне искренно может не знать о своей беременности, чуть ли не до последних месяцев. Я не стану останавливаться на практике военного времени, когда мне приходилось в обстановке позиционной войны исследовать беременных крестьянок в последних месяцах беременности; они не подозревали и не допускали возможности забеременеть потому, что солдаты, склонившие их, „давали им пить капли“ для предупреждения беременности.

Одна крестьянка принесла мне пузырек таких капель, оказавшихся вальерьяновой настойкой. Своим вкусом и запахом капли действовали на психику этих малокультурных и темных женщин.

Нужно отметить, что все это происходило в глухих углах Пинских болот, где часто встречается, что сельское население совсем безграмотное. Впрочем, такие случаи бывают и в больших городах. Помню, однажды на амбулаторный прием Бреславльской гинекологической клиники пришла старуха с молоденькой племянницей узнать, почему у племянницы нет месячных. Когда я сказал, что имеется шестимесячная беременность, тетушка ни за что не хотела поверить: „ведь я глаз с нее не спускала все время; быть этого не может!“. Девушка также упорно „отрицала“ половой акт. Затем, отведя меня в сторону и перекрестившись, старуха шепнула: „Исключаете вы возможность небесного чуда?“



### 3) Беременность „девственниц“.

К категории несознающих или скрывающих беременность, быть может, принадлежат также беременные девственницы, т. е. случаи зачатия без повреждения девственной плевы (при „наружном“ совокуплении). Будучи уверена в своей „девственности“, женщина либо не подозревает о своей беременности, либо не допускает возможности таковой. Зачатия в результате наружного совокупления, когда половой член не проникает дальше преддверия влагалища, не особенно редки и бывают, несомненно, в практике каждого акушера. Мне несколько раз пришлось видеть таких беременных, которые задают всегда недоуменные вопросы и сначала недоверчиво относятся к словам врача. Дело касалось молодых девушек в возрасте 18—24 лет, которые, по их рассказам, не имели полового сношения, а „только баловались“, причем „связь“ была либо случайной, либо постоянной.

Один случай чрезвычайно интересен в психологическом отношении.

18-летняя девушка пришла в клинику с жалобами на боль внизу живота. Она отрицала половую связь. Наружные половые органы оказались девственными. Обратив внимание на некоторую синюшность входа во влагалище, я произвел гинекологические исследование через прямую кишку, чтобы не повредить девственной плевы, и нашел увеличенную и мягкую матку, соответствующую 2-х месячной беременности. Пациентка созналась, что „баловалась“, путем прикосновения наружными половыми органами, со своим возлюбленным, но ни разу не помнит, чтобы с его стороны произошло извержение семени. Она была очень огорчена. В какой-то больнице ей произвели аборт. Через несколько лет она познакомилась с другим молодым человеком, который пожелал на ней жениться. Чтобы скрыть от него свое прошлое, она упросила какого-то врача в Ленинграде „защитить“ девственную плеву. После того, как эта „пластическая операция“ была выполнена, и, с ее слов, удалась, она почувствовала себя беременной. Оказалось, что до „зашивания“ она опять „баловалась“, уже со своим теперешним женихом. Последний, ради которого она подвергла себя операции, в один прекрасный день познакомил ее с девицей, которую представил ей как свою невесту. Возмущенная, она вторично сделала себе аборт.

О зачатии девственницы сообщают между прочим: 1) van Tongeren F. C.<sup>1</sup> Женщина, состоявшая 4 года в браке, по причине вагинизма, не имела ни разу нормального совокупления. Гимен оказался неповрежденным и проходным для мизинца. Беременность закончилась нормальными родами. Вагинизм не препятствовал свободному прохождению младенца, 2) Schilling N.<sup>2</sup> 25-летняя женщина спустя месяц после замужества явилась к врачу с различными жалобами, заставлявшими предположить беременность. Гимен цел, с двумя маленькими отверстиями, не

<sup>1</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 9, 1925.

<sup>2</sup> Amer. Journ. of. obst. a gyn. 1925, т. 9. № 2.



пропускавшими даже зонда. Менструировала правильно с 17 лет. Последняя менструация — 6 недель тому назад. Месяц спустя девственная плева была оперативно удалена, так как она препятствовала совокуплению; оказалась двухмесячная беременность.

#### и) Ложная (воображаемая) беременность (*grossesse nerveuse*).

Нельзя обойти молчанием состояния, когда небеременная женщина воображает себя беременной, благодаря внушению себе самой некоторых ощущений. Она, например, чувствует перистальтику кишок, которую принимает за движения ребенка. Иногда груди напрягаются, менструация прекращается. Эти случаи встречаются с женщинами, страстно жаждущими ребенка или, напротив, боящихся забеременеть. Такую пациентку трудно убедить в отсутствии беременности, даже путем повторного медицинского исследования. Она идет от одного врача к другому, спорит, доказывает и проч. Она детально изучает всю симптоматику беременности и внушает себе разные признаки. Мне приходилось неоднократно видеть таких мнимых беременных, которые бывали у меня уже после визитов у нескольких врачей; причем, я далеко не уверен, что был последним из них. Часто убеждает их лишь бесспорный факт отсутствия родов по наступлении срока. Если такая мнимо-беременная боится беременности, то делается легко жертвой гнусной эксплуатации абортисток, которые ей производят аборт „удивительно быстро“.

H. Doerfler (Эрланген<sup>1</sup>) описал недавно четыре случая воображаемой беременности.

I случай: 41-летняя жена пастора считала себя беременной уже на 9 месяце. В течение „первых месяцев“ она чувствовала все субъективные явления беременности. При исследовании же отсутствовали все объективные признаки беременности; обнаружены периодические сокращения брюшных мышц, которые пациентка принимала за схватки. Пациентка была крайне изумлена открытой ей правдой; отправилась в путешествие, откуда возвратилась здоровой и спокойной.

II случай: 48-летняя вдова, умственно отсталая, наивная, склонная к плачу. Имела сношение и считает себя беременной на 6—7 месяце. Врачу не верит; убеждается лишь после многократного исследования несколькими врачами.

III случай: 19-летняя девушка считает себя беременной на 3 месяце. Делала внутриматочные впрыскивания с целью вызвать аборт. Нервная система в порядке. Очень была счастлива, когда узнала истину.

IV случай: 37-летняя работница, эпилептичка, живет с мужем плохо вследствие бездетности. Супружеские отношения улучшаются со времени, когда она сочла себя беременной на 3-ем месяце. Только

<sup>1</sup> Mon. f. Geb. и Gyn., т. 68, кн. 5-6. 1925 г.



на 7 месяце определяется отсутствие беременности. Пациентка удручена. Согласно на расширение шейки матки, чтобы забеременеть. Узнав, что она не беременна, муж ее побил после полового акта. Задержки месячных не наступило. Пациентка окончила жизнь самоубийством, отравившись светильным газом.

Разбирая причины ложной беременности, Doerfler останавливается на душевном расстройстве и соматических признаках, способствующих расстройству представления. Картина ложной беременности отмечена на почве почти всех видов душевных болезней: паранойи, раннего слабоумия, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, но особенно часто на почве истерии. Огромную роль в развитии болезни играют аффекты надежды и страха, впечатлительность. По Löckel'ю, Ebeler'у и др. ложная беременность встречается чаще всего между 20 и 35 годами. R. Hofstätter (Вена)<sup>1</sup> видит причину ее в расстройстве внутренней секреции.

#### к) Симуляция беременности

Кроме неосознанной, нераспознанной и воображаемой беременности, бывают случаи ложно утверждаемой (симулируемой) беременности. Цели такой симуляции различны. В одном случае одна женщина дала себя повести в родильный приют в целях оказания давления на своего возлюбленного (Фрич). Довольно часто симулируют беременность, чтобы заставить мужчину жениться или в целях вымогательства, или в интересах наследства.

Фрич рассказал на одной из своих прекрасных лекций как одна высокопоставленная дворянка утверждала, что родила в поезде ребенка, которого она в действительности получила от одной незамужней матери. Ребенок был официально зарегистрирован. Обман открылся благодаря тому, что настоящая мать ребенка была заподозрена в детоубийстве, вследствие пропажи ребенка, и открыла полиции всю правду. Родных дворянки трудно было разуверить, ибо они месяцами ждали родов, в виду ловкой симуляции.

Сюда же относится сенсационный процесс бывшей сербской королевы Драги, в свое время симулировавшей беременность. Двор и династия ждали наследника престола. Из Парижа был выписан к определенному сроку акушер. Но, увы!... ребенок, которого желали подкинуть королеве, родился мертвым и испортил всю игру, лишив Сербию наследника, о чем народ, повидимому, не особенно сожалел.

## 2. РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Беременность заканчивается родами. Мы уже говорили о том, что роды могут наступить в срок, запоздать или закончиться раньше срока. Вопрос, почему в определенный

<sup>1</sup> Über eingebildete Schwangerschaft. Berlin, 1924.



момент наступают срочные роды, издавна интересовал ученых, выдвигавших различные теории. Зависит ли момент наступления родов от того, что матка достигла пределов своего развития, или от того, что зрелый плод не получает вдоволь кислорода, — все это остается до сих пор невыясненным. Основываясь на многочисленных исследованиях, произведенных в последнее время над вытяжкой из мозгового придатка, сокращающей мускулатуру матки, и над содержанием сокращающих матку веществ в спинно-мозговой жидкости, можно было бы предположить следующее: во время беременности мозговой придаток увеличивается; продукты его жизнедеятельности выделяются на его поверхность и поступают оттуда в спинно-мозговой канал. Раздражение спинно-мозговых (парасимпатических) нервов вызывает матку к родовой деятельности. Если бы такая теория оказалась правильной, то возник бы следующий вопрос: почему именно к моменту родов начинает усиленно функционировать мозговой придаток или др. эндокринные железы.

Как бы то ни было, переход от беременности к родам происходит постепенно; уже в течение последних недель женщина изредка ощущает схваткообразные боли (ложные схватки). Последние делаются все чаще и болезненнее и готовят период раскрытия матки. Собственно начало раскрытия матки, т. е. начальный момент родов, определить трудно. Поэтому заявление женщины, что она не знала о наступлении родов, не должно быть просто отвергаемо.

Роды у первородящих продолжаются от  $13\frac{1}{2}$  до  $27\frac{1}{2}$  часов, у многорожавших от  $1\frac{1}{2}$  до  $13\frac{1}{2}$ , т. е. на половину меньше (v. Winckel, Schäffer). Lumpe нашел у первородящих среднюю продолжительность в 17 часов, причем в половине случаев — менее 14 часов. В конце периода раскрытия матки, который может пройти безболезненно, наступают болезненные схватки, заставляющие женщину, если она находится еще на ногах и работает, оставить свою работу. Период раскрытия матки сменяется периодом изгнания плода. Этот период продолжается от полного раскрытия зева матки до рождения ребенка: у первородящих от  $1\frac{1}{2}$  до  $7\frac{1}{2}$  часов, у многорожавших  $1\frac{1}{4}$  -  $1\frac{1}{2}$  часа (v. Winckel).



Период изгнания начинается разрывом плодного пузыря и излитием небольшого количества околоплодных вод и характеризуется участием в работе брюшного пресса и чрезвычайным напряжением роженицы, которая иногда обливается потом, изнемогает. Период изгнания заканчивается выхождением головки младенца, часто при громком вскрикивании женщины от нестерпимой боли. После выхождения головки плода выделяется часть околоплодных вод и затем без затруднения проходит туловище ребенка; за туловищем выделяется остальная часть вод и кровь. После рождения ребенка наступает послеродовой период, продолжающийся от нескольких минут до нескольких часов — до рождения последа и плодных оболочек (в нормальных случаях от 10 до 40 минут).

Продолжительность периода изгнания зависит от силы схваток и потуг, от растяжимости мягких родовых путей и соотношения между размерами таза и головки; продолжительность послеродового периода зависит от состояния матки, правильной отслойки последа и оболочек, отсутствия сращения с внутренней поверхностью матки и проч. Если период раскрытия протекает безболезненно, а период изгнания — очень быстро, то происходят так называемые стремительные роды. Если роженица находится в это время в стоячем или сидячем положении, то ребенок может выпасть (на пол, землю, в выгребную яму) и получить повреждение или утонуть (см. детоубийство).

#### а) Могильные роды

Известен ряд случаев, когда роженица умирает во время родовой деятельности, и роды заканчиваются уже после ее смерти, даже в гробу. Причина таких могильных родов заключается в процессе загнивания (Штумпф), вследствие скопления гнилостных газов в брюшной полости, ведущего к опорожнению матки и даже к вывороту наружу. В других случаях причина посмертных родов заключается в посмертном сокращении матки, если родовая деятельность началась уже при жизни и привела к раскрытию зева. Что сокращения матки продолжаются еще после смерти подтверждается наблюдениями над удаленными беременными матками: вследствие сокращения мышцы матки происходит



выделение (выпячивание из отверстия в виде гриба) плодного яйца. Это хорошо заметно при надвлагалищной ампутации, как это я однажды наблюдал при операции, произведенной проф. Чернеховским.

Судебно-медицинское значение могильных родов ограничено. У несведущих лиц может возникнуть сомнение в действительной смерти похороненной женщины и служить поводом к обвинению врача или акушерки в ошибке или халатности.

#### б) Признаки недавних родов

Только что родившая женщина обращает внимание бледностью лица, общей слабостью, но в то же время производит впечатление успокоенной, находящейся в некоторой степени эйфории. Брюшные покровы вялы, морщинисты, мешкообразны и усеяны свежими рубцами беременности. Половые органы и прилегающие поверхности бедер, лобок и ягодицы запачканы кровью, околоплодной жидкостью, часто калом и меконием. Дно матки в виде шарообразного тела прощупывается между лобком и пупком или выше, отклоняясь влево или, чаще, вправо от средней линии. Наружные половые органы и промежность — припухшие, отечные, почти всегда с ссадинами, надрывами и кровоподтеками, а иногда более глубокими разрывами влагалища и промежности. Половая щель зияет. Стенки влагалища вялы, поперечные складки сглажены. Шейка матки вяла, зев широко открыт, на нем часто свежие надрывы. Из матки выделяется кровь, сгустки и остатки плодовых оболочек. Сильное кровотечение от наружных половых органов происходит из пещеристых тел клитора и может повести к острому малокровию.

Грудь набухшие, содержат молозиво, выделяющееся при легком надавливании. В молозиве, кроме малочисленных жировых шариков, содержатся молозивные тельца — большие крупные клетки с ядром и включенными в них жировыми капельками (эпителий в состоянии жирового распада). На второй, третий день после родов появляется молоко; оно выделяется после родов в течение всего периода кормления, до года и больше. Из общих явлений отмечаются следующие: от потери крови чувствуется жажда, пульс



редкий и сильный, часто замедленный, иногда незначительное повышение температуры. В следующие дни все эти явления ослабевают. В течение последующих 4 - 5 дней матка спускается до середины между пупком и лобком, а через 10 - 12 дней исчезает за лонным сочленением в полость малого таза. Маточный зев суживается и закрывается; через 10 дней он проходим для одного или двух пальцев. Уменьшение матки происходит вследствие обратного развития (атрофии) всех тканей. Приблизительно через 5 - 7 недель матка приходит в нормальное состояние; надрывы на шейке заживают и рубцуются, надрывы влагалища — еще раньше. Влагалище суживается и приобретает некоторую складчатость. Брюшные покровы (так наз. брюшной пресс) крепнут, суживаются и плотнеют; рубцы беременности принимают белесоватый сухожильный блеск.

Для определения времени происшедших родов имеют значение выделения из матки — так называемые лохии. После родов в течение первых трех дней лохии кровянисты, с 3 до 6 дней — цвета мясных помоев, с 6 до 9-ти — кровянисто-гнойные, затем слизисто-гнойные, слизистые и через 3 - 4 недели прекращаются, при условии нормального обратного развития (инволюции) матки. У женщин, кормящих грудью, обратное развитие идет быстрее, лохии менее обильны (кормление вызывает рефлекторные сокращения матки). Микроскопические исследования лохий обнаруживают присутствие в них крови, гнойных тел (лейкоцитов), клеток децидуальной оболочки, иногда примесь плодных оболочек.

Роды всегда связаны с кровотечением; потеря крови различна, в среднем около пол-литра. При быстрых родах может наступить атония (расслабление) матки с сильным кровотечением.

На трупе недавние роды распознаются легко. Матка увеличена, вяла, полость ее расширена и содержит кровь и сгустки, остатки децидуальной оболочки и плодных оболочек. Место прикрепления последа на задней или передней поверхности тела шероховато, как бы изрыто. Стенки матки утолщены, сосуды зияют. Влагалищная часть матки коротка и тонка, как бы разможжена; маточный зев растянут, со свежими разрывами. При наступлении смерти от



инфекции через несколько дней обнаруживаются соответствующие явления. Заслуживает внимание наличие истинного желтого тела в яичнике.

### в) Признаки давних родов

Если со времени родов прошло уже несколько месяцев, то можно лишь определить, что роды происходили, точно же установить время родов на основании исследований матери невозможно.

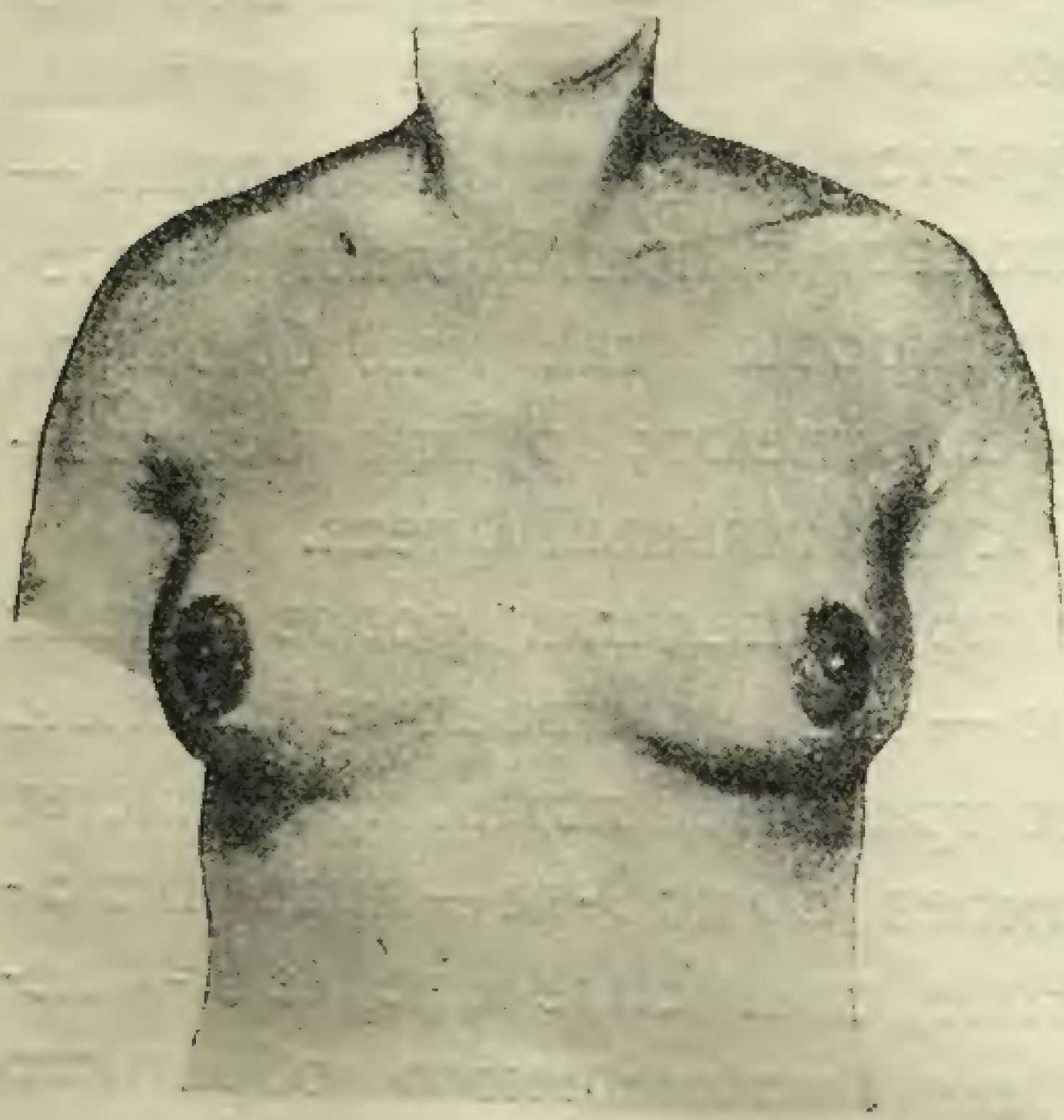


Рис. 20. Груды у женщины еще нерожавшей.

При определении давних родов имеют значение рубцы на брюшных покровах, остатки девственной плевы и рубцы на маточном зеве.

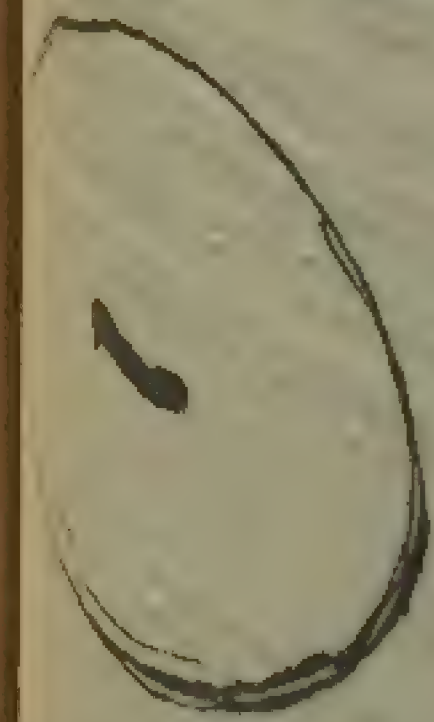
Рубцы, происходящие, вследствие растяжения брюшных покровов, от разрывов глубоких слоев кожи (ее соединительно-тканых пучков под эпидермисом), могут иногда отсутствовать или быть крайне слабо выраженными и мало заметными. Они встречаются

также при сильной водянке живота и больших опухолях (яичниковых кистах). Если нет указаний на такое заболевание, имеется дело с молодыми и здоровыми индивидуумами; если нет большого рубца от чревосечения, то болезни можно исключить. В редких случаях рубцы образуются у очень тучных людей.

Грудные железы мало дают указаний на бывшие роды: вялость, с отложением жира, проходима. Пигментация сосков имеет относительное значение.

Наиболее ценные признаки — на половых органах. У входа во влагалище часто находят рубцы от разрывов уздечки и промежности. Такие рубцы можно встретить у каждой третьей рожавшей женщины.

Важны свойства гимена, который при прохождении младенца во многих местах разрывается, оставляя по заживлении миртовидные сосочки (*carunculae myrtiformes*).



а.

2. Форма маточного зева у рожавших женщин. а) форма после нескольких родов (ин...



Если находят плевую настолько сохранившейся, что можно восстановить ее первоначальную длину (собрать лоскутья), то можно исключить прохождение доношенного младенца. После многократных родов исчезают и миртовидные сосочки, вход во влагалище делается совершенно гладким.

Ширина влагалища не является надежным признаком, ибо она обуславливается частотой совокупления, иногда инструментальным исследованием (вставлением маточного зеркала) и возможными лечебными мероприятиями. С другой стороны, у рожавшей влагалище может сократиться.

Важными признаками бывших родов являются изменения формы маточного зева и рубцы от его надрывов.

У нерожавших женщин маточный зев овальный, щелевидный либо круглый; он никогда не зияет и совершенно гладок. У рожавших женщин он представляет собою поперечно-зияющую щель с боковыми рубцами краев от бывших разрывов. Рубцы иногда идут радиально. Иногда у рожавших не находят рубцов.

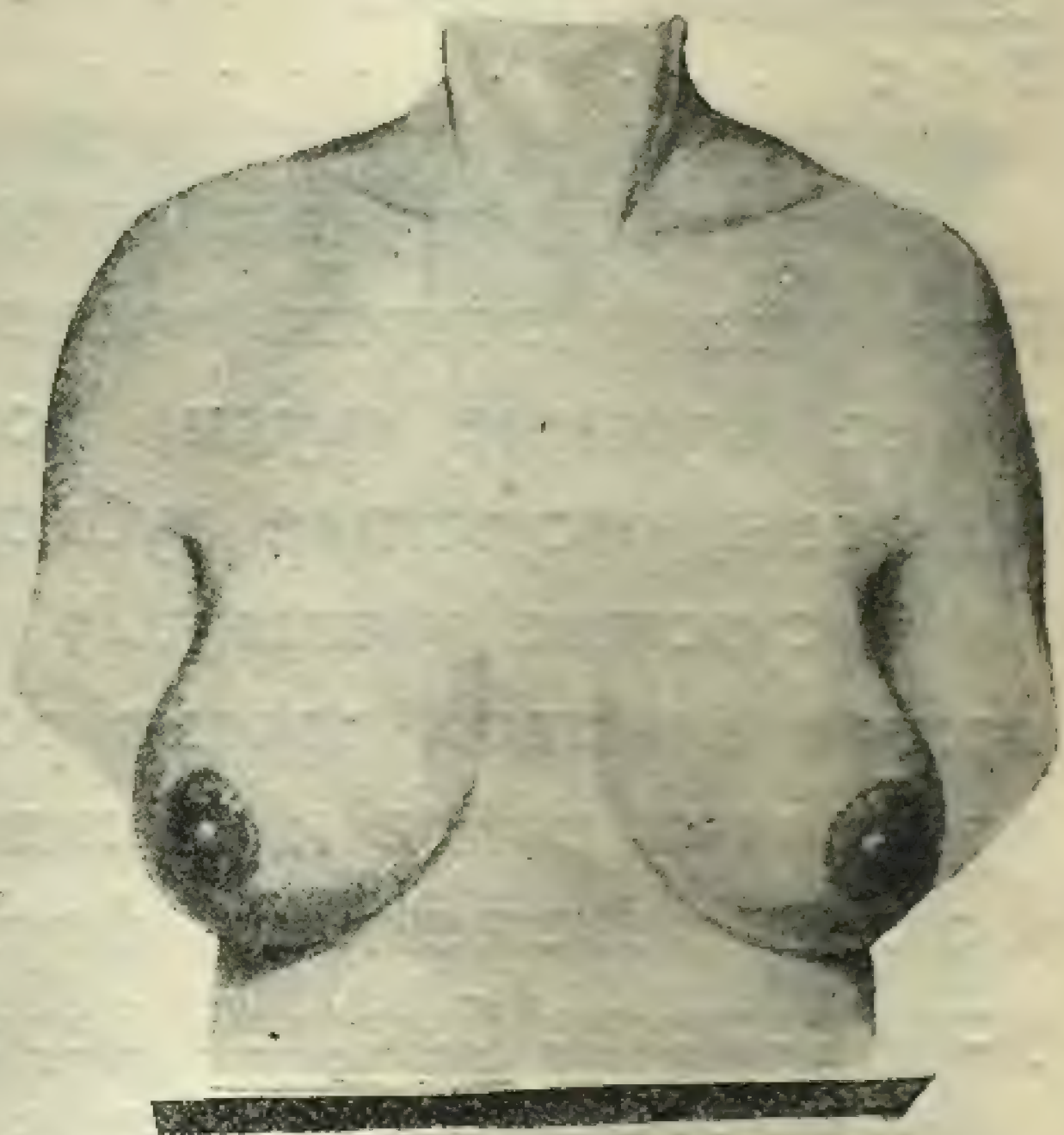


Рис. 21. Груды у женщины рожавшей.

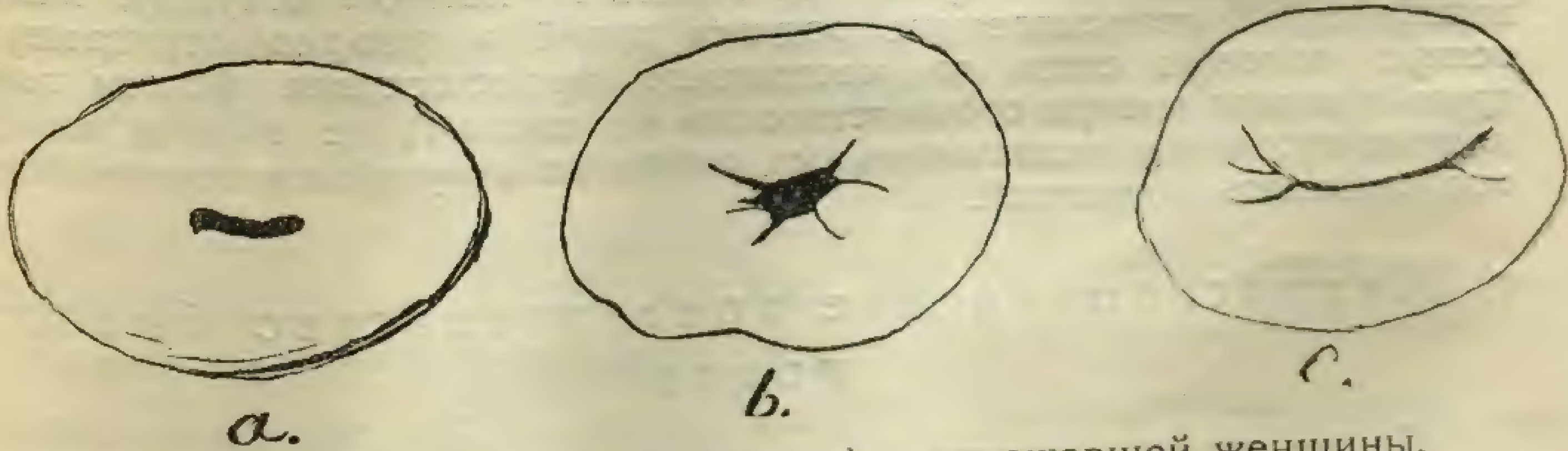


Рис. 22. Форма маточного зева: а) у нерожавшей женщины, б) и с) у рожавших женщин (из Губарева „Мед. гинеко.“).

Матка рожавшей женщины всегда больше девственной, особенно после нескольких родов. Обратное развитие матки после родов (инволюция матки) все же не дает полного восстановления. Увеличение размеров идет также за счет разрастания соединительно-тканых элементов, которое



обуславливает большую плотность. Рожавшая матка — 8-9 см. длины, грушевидной, часто более закругленной формы, иногда несимметрична. Рожавшая матка шире и толще нерожавшей. Хроническо-воспалительные явления и опухоли еще более увеличивают ее размеры.

Средние размеры матки:	Девственной	Рожавшей
Длина . . . . .	6,5 см.	8-9 см.
Ширина дна . . . . .	3,5 см.	4,5-5,5 см.
Салиттальный разрез . . . . .	2,5 см.	3-3,5 см.
Вес . . . . .	40 гр.	60-70 гр. и бол.

В редких случаях признаки давних родов отсутствуют. Рожавшая женщина производит впечатление нерожавшей: у нее плотные груди, розовые соски, плотные брюшные покровы, отсутствие рубцов и проч.

Отсутствие указанных признаков не служит абсолютным доказательством против родов, в особенности же преждевременных родов и выкидыша. В редких случаях сохранность девственных форм тела чрезвычайно затрудняет установление бывшей беременности и родов.

Haberda<sup>1</sup> вспоминает из своей гинекологической деятельности о 40-летней женщине, оказавшейся при исследовании девственной; однако, она родила 15 лет тому назад. Между несколькими схожими случаями мне особенно отчетливо припоминается один, из клиники проф. Кюстнера. Мне пришлось наркотизировать для операции женщину с весьма плотными покровами живота, девственными грудями, соответствующими общему виду тела. Так как я случайно перенял наркот от другого врача, то не знал подробностей истории болезни. К моему удивлению, пациентка оказалась 48-летней матерью нескольких детей. Недавно мне пришлось видеть 17-летнюю девушку, жаловавшуюся на изнасилование родным дядей и упорно отрицавшую всякую половую связь до настоящего происшествия. Формы тела, грудь и живот вполне соответствовали ее словам; ее выдали митовидные сосочки и незначительные рубцы на наружном маточном зеве: она оказалась рожавшей.

#### г) Микроскопическое доказательство бывших родов

Место прикрепления последа еще долго после родов может быть определено микроскопически: здесь заметно отложение гемоглобина.

Шморль описал децидуальные разрастания на брюшине таза в виде нежных ворсинок, которые особенно заметны во второй половине беременности в Дугласовом пространстве.

<sup>1</sup> Schmidtman's Handbuch der ger. Med. т. 1, стр. 368.



В течение нескольких недель после родов они в соединительных тканях перерождаются или об'извествляются.

Р. Fraenkel<sup>1</sup> указал на микроскопические изменения в мускулатуре матки, остающиеся продолжительное время после родов, в особенности на: 1) перемещения мышечных пучков и их извилистое направление; среди них заметны толстые, колбовидные волокна; 2) присутствие гигантских клеток ворсистого происхождения, встречаемые в течение нескольких недель после родов.

Schickele<sup>2</sup> описал узелки на брюшинном покрове яичников, развивающиеся с 5-7 месяцев беременности. Они состоят из разросшихся децидуальных клеток; кроме того, — гиалиновое перерождение стенок сосудов матки со включением эктодермальных клеток.

Обнаружение следов мекония (первородного кала новорожденного) имеет огромное значение в судебной медицине. Будучи обнаружены на теле женщины или на ее белье, они доказывают недавние роды; присутствие мекония в кишечнике трупа младенца доказывает новорожденность.

Под меконием разумеется содержимое толстой кишки новорожденного и внутриутробного плода, образующееся, приблизительно, на 5-ом месяце внутриутробной жизни. До тех пор желтое содержимое кишечника от примеси желчи получает зеленоватую окраску, которая с дальнейшим течением беременности все темнеет и приобретает у новорожденного почти черный цвет.

Для судебно-медицинских целей микроскопическое исследование мекония играет большую роль, чем химическое (рис. 23).



Рис. 23. Меконий под микроскопом.

<sup>1</sup> Vierteljahrsschr. f. g. Med. 1911, т. 41.

<sup>2</sup> Arch. f. Gyn. 1911, т. 94.



Характерны для мекония мекониевые тельца: желто-зеленые, иногда коричневые, сильно преломляющие свет гладкостенные глыбки различной величины (приблизительно лейкоцита). Они состоят из бесцветного основания, пропитанного желчным пигментом. Последний может быть обнаружен пробой Гмелина,

При прибавлении концентрированной азотной кислоты желто-зеленая окраска изменяется в густую зеленую, — процесс, хорошо видимый под микроскопом.

Кроме мекониевых телец, в меконии содержится проглоченная жидкость (пушок, ороговевающий эпителий эпидермиса желтоватого цвета)<sup>1</sup>. Кроме того, в нем одержатся цилиндры, ядросодержащие эпителии кишечника, таблицы холестерина кристаллов, желчный пигмент. В свежем меконии видны светлые ромбы или таблицы кристаллов билирубина,

Свежий меконий стерилен; бактерии обнаруживаются только через 4-20 часов после родов. В засушенном виде меконий остается без изменения целые годы. Если обнаруживают меконий на твердом предмете, вате или др. материи, то соскребают немного иглой, распускают в воде или растворе поваренной соли и исследуют. Если пятна мекония всосались в материю, то вырезают кусочки материи, вымачивают в воде, и каплю жидкости со следами мекония переносят на предметное стекло для исследования.

Очень старые пятна (нескольколетней давности) обрабатывают 20% аммиаком или 33% раствором калийной щелочи.

Препарат рассматривают сначала слабым увеличением или лупой, для отыскания пушка, затем сильным увеличением на другие составные части. Для облегчения нахождения мекониевых телец прибавляют каплю 2—5% раствора уксусной кислоты.

Проба на присутствие желчных пигментов производится с концентрированной азотной кислотой с примесью дымящейся азотной кислоты.

Диагноз ставится на основании нескольких составных частей, важнейшими из них являются (lapido) и холестериновые кристаллы.

При исследовании нужно исключить кровь, гной, гравянистые пятна.

Сыровидная смазка (vernix caseosa) также может остаться на рожающей, но чаще всего объектом исследования является новорожденный.

Для сыровидной смазки, покрывающей все тело новорожденного, характерен пушок; ороговевающий эпителий эпидермиса и жир могут быть другого происхождения.

Окраска чешуек эпидермиса производится слабым раствором фуксина и гентианвиолета с последующим интенсивным обесцвечиванием посредством алкоголя.

При микроскопическом исследовании лохий видны: эритроциты, децидуальные клетки, плоский многослойный эпителий влагалища и наружных половых органов, сыровидная смазка, пушок, меконий; в серозных лохиях преобладают лейкоциты; в гнойных — гнойные тельца (лейкоциты) различной формы и величины, жировые капли и клеточный распад (detritus). Лохии в первые дни стерильны (в матке), в последующее время они обсеменяются сапрофитами и патогенными микроорганизмами, имеющими огромное значение в вопросе о „само-заражении“.

<sup>1</sup> См. также работу А. И. Шибкова, реф. в сборнике „Суд.-Мед. эксп.“ № 2.



## Б. ПАТОЛОГИЯ ГЕНЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

1. Внематочная беременность. 2. Разрыв матки. 3. Инфекция. 4. Внезапная смерть. 5. Нервно-психические расстройства

Из осложнений беременности, имеющих судебно-медицинское значение, заслуживают внимания:

### 1. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Мы находимся в гостях. Мы ведем мирную беседу с нашими друзьями-супругами. Вдруг наше мирное собеседование омрачается. Хозяйке делается дурно, она едва удерживается за стол. Мы и муж замечаем в ней резкую перемену — побледнение, усталость, черные круги под глазами. Она падает в обморок, покрывается холодным потом. Страшно взволнованный и испуганный муж бежит за врачом; попутно узнаем от мужа, что у жены маленькая задержка менструации, что эта слабость, вероятно, от „беременности“.

Совершенно верно, здесь дело идет о беременности, но о беременности ненормальной, об одном из самых грозных, к сожалению, далеко не редких, осложнений — о внематочной беременности. В данном случае оплодотворенное яйцо остановилось в трубе, заблудилось среди многочисленных складок; там оно прикрепилось и начало развиваться. А так как труба по мере развития яйца растягивается и истончается, то наступает момент когда она лопается, сопровождаясь сильным кровотечением в брюшную полость. Клетки ворсинчатой оболочки плодного яйца, развиваясь, проникают вглубь трубной стенки и разрушают ее, подготавливая разрыв. Кровь, выступающая при этом, и образующиеся сгустки производят сильное давление на стенку трубы и вызывают разрыв. Кровь из разорванных сосудов трубы собирается в самом глубоком месте брюшной полости, т. е. в заднем Дугласовом пространстве, свертывается там (образуя заматочную кровяную опухоль) и несколько выпячивает задний свод влагалища. Лопание трубы происходит чаще всего между 2-м и 4-м месяцами беременности. Плод, конечно, погибает. Если не производить своевременно чревосечения, не зажимать кровоточащих сосудов и не удалять разорванной трубы, то женщина может истечь кровью. Но иногда кровотечение бывает настолько сильным, что никакая помощь не поспевает: жен-



щина, чувствуя себя совершенно здоровой, ни на что не жалующаяся, неожиданно для всех падает в обморок и через короткое время умирает при явлениях острого малокровия. При этом наружу совершенно не кровоточит, либо кровоточит незначительно. Но так как при внематочной беременности в полости матки также образуется децидуальная оболочка, выделяющаяся спустя некоторое время после лопания трубы, то ее иногда принимают за часть плодного яйца, а весь процесс неправильно определяют как незаконченный аборт.

Иногда трубная беременность прерывается иначе: труба не лопається, а плодное яйцо проходит полость трубы, при ощущении сильных схваткообразных болей, и выделяется через бахромки трубы в свободную брюшную полость: получается трубный аборт, процесс гораздо менее опасный для матери. Он трудно распознается, ибо часто не дает характерных симптомов лопнувшей внематочной беременности: внезапного побледнения и обморока при небольшой задержке месячных. Трубный аборт иногда лечится, как воспалительный процесс, либо, если было кровотечение наружу (выделение децидуальной оболочки из полости матки), — как обыкновенный аборт. Случается, что и трубный аборт заканчивается смертью. Для плода же всякая внематочная беременность является гибельной.

В благоприятных случаях — чаще при трубном аборте, реже при лопнувшей трубе — кровотечение из трубных сосудов само собою останавливается, плод окружается пленчатой капсулой, обрастает соединительной тканью и высыхает, а затем об извествляется (каменеет). Но гораздо чаще плодное яйцо загнивает и образует заматочный абсцесс (нарыв). Женщина начинает лихорадить. Если гной не получает свободного выхода оперативным путем то он прорывается через влагалище, прямую кишку, мочевой пузырь или через брюшные покровы. С гноем выделяются части плода. Такое самопроизвольное излечение продолжается иногда годы. В течение этого времени женщина может вновь забеременеть и родить.

Судя по многочисленным отзывам врачей, внематочная беременность в последние годы сделалась чаще. Среди разных причин ее указывают: на заболевания труб, препятствующие правильному прохождению оплодотворенного яйца в матку; слабость трубной мускулатуры, вследствие чего яйцо недо-



статочно быстро проталкивается и застревает по дороге в матку; слишком быстрый рост оплодотворенного яйца; активность его трофобласта, благоприятствующую прикреплению в трубе. Кроме трубной беременности, существуют еще более редкие формы: яичниковая и брюшинная беременности<sup>1</sup>. В первом случае оплодотворенное яйцо остается в Граафовом пузырьке и начинает развиваться; во втором случае, оно попадает в брюшину и там укрепляется; обе эти формы внематочной беременности также прерываются и ведут к внутренним кровотечениям. Не исключается возможность рассасывания оплодотворенного яйца в брюшной полости. Диагноз внематочной беременности ставится на основании вероятных признаков ранней беременности (задержки месячных, напухания груди, субъективных явлений) и присутствия справа или слева от матки тестоватой безболезненной опухоли. Отсутствие болезненности служит отличительным признаком от воспаления трубы. Если произошел трубный аборт или разрыв трубы, то в заднем своде влагалища обнаруживается небольшое выпячивание свода, плохо ограниченное, тестоватой консистенции. Диагноз внематочной беременности часто труден и ставится предположительно.

Судебно-медицинское значение внематочной беременности заключается в случаях внезапной смерти, возбуждающей подозрение в насильственной смерти, например, отравлении. Гофман рассказывает, что в Праге одна женщина, сев колбасы, внезапно почувствовала головокружение и тошноту и затем вскоре скончалась. Было предположено отравление колбасой, но на вскрытии обнаружено внутреннее кровотечение от трубной беременности. Иногда беременная труба лопается под влиянием незначительного инсульта. В таком случае следует в заключение указать, что нанесенное повреждение, например, удар, является случайно смертельным. Иногда преждевременное лопание трубы вызывается абортивными манипуляциями — массажем матки, бужированием, выскабливанием или смазыванием полости матки иодом. Появляющиеся сокращения матки и труб могут вызвать разрыв последней и истечение кровью. Такие случаи нередки и встречаются даже на операционном столе.

<sup>1</sup> Buttner, Fall von primärer Bauchhöhlenschwangerschaft; Zentrbl. f. Gyn. № 24, 1925 г.



Кокель рассказывает, что беременная труба однажды лопнула во время надевания башмака. Плохой исход внематочной беременности неоднократно давал неосновательный повод к жалобе на врача в небрежности и проч. Ошибка в диагнозе лежит в самой природе болезни, маскирующейся признаками, свойственными другим болезням. Конечно, врач здесь в большинстве случаев не при чем. Случаи нераспознанной внематочной беременности, заканчивающиеся смертью, нередки, особенно в глухой провинции. Несколько лет тому назад одна молодая женщина вскоре после замужества стала жаловаться на боль в животе. Лечилась несколько месяцев у разных врачей в г. Москве и, наконец, умерла. Один врач выдал удостоверение в смерти „от паралича сердца“; тем не менее труп попал на вскрытие, обнаружившее нераспознанную внематочную беременность, принявшую хронический характер. Со стороны врача было неосторожностью выдать удостоверение в смерти от паралича сердца.

Нередко на основании наружного осмотра трупа (бледность, наличие жидкости в полости живота, пигментация сосков, молозиво) можно с вероятностью предположить лопнувшую внематочную беременность. Патолого-анатомический диагноз не представляет затруднения. По вскрытии брюшной полости бросается в глаза присутствие в ней крови. По удалении крови и сгустков находят утолщенную маточную трубу с разрывом.

В отверстии разрыва находится часть плодного яйца, а другие части его в свободной брюшной полости или заднем Дугласовом пространстве. Если зародыш в брюшной полости, то найти его не трудно. Если разрыву беременной трубы предшествовали кровотечения во внутрь плодного яйца со стороны стенок трубы, то плод может быть разрушен.



и превращен в так называемый кровяной занос. Даже после смерти зародыша ворсинки плодного яйца могут продолжать свое развитие, разрушая стенку трубы и вызывая разрыв. В случае воспалительных явлений, встречаются сращения матки и трубы с окружающими органами брюшной полости (сальником и кишечными петлями). В этом случае патолого-анатомический диагноз может быть затруднен. Более редкая форма внематочной беременности: а) интрастициальная беременность (местом прикрепления плодного яйца служит промежуточная ткань между маткой и началом трубы). Диагноз при жизни затруднен. Мною описан в свое время случай, распознанный при жизни. Женщина была спасена при помощи операции (опер. проф. Д. Л. Черниковский); б) беременность в рудиментарном (недоразвитом) роге матки — обычно распознается на операционном или... уже на секционном столе.

## 2. РАЗРЫВ МАТКИ (ruptura uteri)

„Мышца матки, выведенная из спокойного состояния неизвестными нам причинами и начавшая автоматическую родовую деятельность, по вечным великим законам природы, не успокаивается и не останавливается до тех пор, пока не родится ребенок. Если, в силу непреодолимых препятствий, родовые пути непроходимы, то матка разрывается и изгоняет ребенка в брюшную полость — в темную для него могилу“ (Zweifel).

Если ребенок не может родиться, то матка разрывается. Разрыв беременной трубы является событием, угрожающим жизни, но разрыв беременной матки — является катастрофой. Прогноз разрыва для матери очень плох, для плода — безысходен. Разрывы матки встречаются почти всегда у повторно-родящих и, к счастью, не особенно часто. Различные статистики указывают на следующую частоту разрывов матки.

v. Rhijn. N. <sup>1</sup> (из Амстердамской университетской клиники) нашел один случай на 499 родов за 25-летие от

<sup>1</sup> Подробности работы Rhijn'a (Nedeil. tijdsch. v. Geneesk. № 25, 1925). Средний возраст женщин 36 лет; все повторно родящие; у каждой было по 8 беременностей; у одной пациентки разрывы произошли после 6 и 11 родов. В 24% случаев были роды с предлежанием последа; в 3 сл. разрыв после произведенного раньше кесарского сечения, при чем один разрыв произошел на месте старого рубца:



1899 по 1925 г. С. Миронова (из родильного дома имени Снегирева в Ленинграде) за 25-летний период 1899 — 1923 г.г. один случай на 1775<sup>1</sup>.

Прогностически и анатомически различают полный разрыв (прободной разрыв в брюшную полость) от неполного разрыва, при сохранении и целости брюшного покрова<sup>2</sup>.

В первом случае угрожающими моментами являются: кровотечение и перитонит (гнойное воспаление брюшины), во втором — только кровотечение: огромная разница! Разрыв матки может произойти в течение всей беременности и родов, но несравненно чаще встречается во время родов. Физически, каждое воздействие, растягивающее стенку матки выше пределов, ведет к разрыву. Акушерская практика знает случаи самых невероятных разрывов половых органов и окружающих частей<sup>3</sup>.

Разрыв происходит преимущественно в нижней части тела матки, при переходе ее в шейку. Эта часть называется нижним сегментом<sup>4</sup>. В отличие от верхних отделов матки, мышечные волокна нижнего сегмента имеют преимущественно продольное направление, что связано с их

По одному случаю — после операции Эммета, при остеомалии и местной атрофии, вследствие хронического перитонита. Аномалии таза — в 16 сл., неправильное полож. плода — 21 сл., один ребенок — гидроцефалитический. Средний вес 29 детей — 3482 гр., т. е. выше среднего. Самопроизв. разр. во время беременности — 1 сл., во время родов — 16 сл., все остальные — в результате акушерских операций.

<sup>1</sup> Из причин разрывов матки Миронова (Журн. Ак. и Гин. т. 36, кн. I, 1925 год) отмечает несоответствие между размерами таза и плода. Насильственные разрывы в большинстве сл. продольного направления.

<sup>2</sup> В Бреславльской Университ. клинике с 1899 — 1924 г.г. было 25 полных и 6 неполных разрывов: 13 самостоятельных, 14 насильственных, 4 неясного происхождения, при чем из числа получивших разрыв была только одна первородящая, (H. Köhler).

<sup>3</sup> В целях вправления запрокинутой беременной матки со стороны прямой кишки, одна аннамитская акушерка вырвала нижнюю часть кишечника с задне-проходным отверстием и частью брюшины (Lavau, Etrange mutilation causée par une sage femme annamite. Bull. de la soc. med. chir. de l'Indo-Chine, реф. в Gyn. et Obst. 1925, № 2).

<sup>4</sup> Разрывы нар. пол. орг., влаг. и нар. мат. зева часты. Кровотечение обычно самостоятельно прекращается. Hinselmann исследовал систематически мат. зерк. 160 родильниц тотчас после родов, причем нашел:



специальной функцией — растяжения. Последнее представляет опасность лишь при наличии препятствий к выхождению головки младенца.

Учением о механизме разрыва матки во время родов мы обязаны немецкому ученому Людвигу Бандлю, создавшему около полвека тому назад свою теорию<sup>1</sup>. По этой теории мы знаем, что тело матки, непрерывно работая в течение многих часов и даже дней, все больше сокращается и в то же время натягивается на головку младенца, как неподвижную точку опоры; нижний же сегмент истончается и в то же время ущемляется между головкой младенца и входом в таз.

Необходимым условием для разрыва является, по Бандлю, ущемление. При этом безразлично, возникает ли препятствие из-за узкого таза или из-за слишком большой головки при нормальных размерах таза, либо вследствие неправильного положения плода, или наличия другого рода препятствий (опухоли в малом тазу).

Если во время не подоспевает медицинская помощь и младенец не извлекается, то оба — и мать, и ребенок — должны погибнуть: мать — от разрыва, ребенок — от задушения, вследствие прекращения плацентарного питания кислородом.

Одной из многих причин разрыва матки во время родов является узкий таз, именно — легкий и средней степени сужения, которые легко проглядеть, если не поставить себе за правило в каждом случае родов обязательно исследовать таз.

изолиров. поврежд. влаг. редки, преддверия — часты, следуют от края гимена к уретре или мимо до клитора; эти повреждения довольно характерны. Разрывы маточн. зева не так часты, как принято думать, иногда множественны, — боковые или срединные, *Beitrag zur Kenntnis der Schädigungen der inner. Genit. bei Spontangeburt. Mon. f. Geb. u. Gyn.* т. 72, кн. 1-2. 1926.

<sup>1</sup> Наш соотечественник Вербов подверг учение Бандля критике и предложил свою теорию. По его мнению, главную роль при разрывах матки играет хрупкость сосудов стенки, не выдерживающей повышенного внутриматочного давления, и недостаточность мускулатуры, обуславливающая слабую родовую деятельность. Вербов не склонен придавать значения ущемлению матки. Для определенной группы случаев мнение Вербова, несомненно, правильно См. также М. Е. Чистяков. К вопросу о самопроизв. разр. матки, Гин. и Ак. 1924 г. № 1; Rojas D. и P. Landau (Buenos-Aires). Самост. разр. матки во время родов с выхожд. плода в брюшн. полость и разр. мат. артер. Реф. в D. Z. f. d. g. D. Med., т. 8, кн. 5.



Понятно, разрывы преимущественно наблюдаются там, где отсутствует акушерская помощь, где нет ни врачей, ни хорошо образованных акушеров, т. е., главным образом, в глухих углах нашего отечества.



Рис. 24. Врач при вычистке аборта на позднем мес. берем. проник 4 пальцами через всю толщу стенки матки (сл. В. Липмана).

И нигде в Западной Европе вы не встретите таких безысходно тяжелых случаев родов, как у нас! Стоит лишь поговорить с участковыми врачами.

Несколько иной механизм разрыва бывает при поперечном положении младенца. Здесь возможен не только раз-

рыв нижнего сегмента или шейки, но и отрыв последней от влагалища.

Иногда висячий живот предрасполагает к разрыву. Здесь головка младенца и размеры таза могут быть нормальными и соответствовать друг другу, но головка отклонена к позвоночнику, вследствие перегиба матки вперед.

Родовые схватки (сокращения) растягивают заднюю стенку матки и могут повести к разрыву.

С а м о п р о и з -

вольный разрыв

матки обусловлен,

следовательно, двумя физическими

моментами: фиксацией о неподвижную точку опоры (го-

ловку) и ретракцией (сокращением) мускулатуры тела

и дна с одновременным растяжением нижних отделов

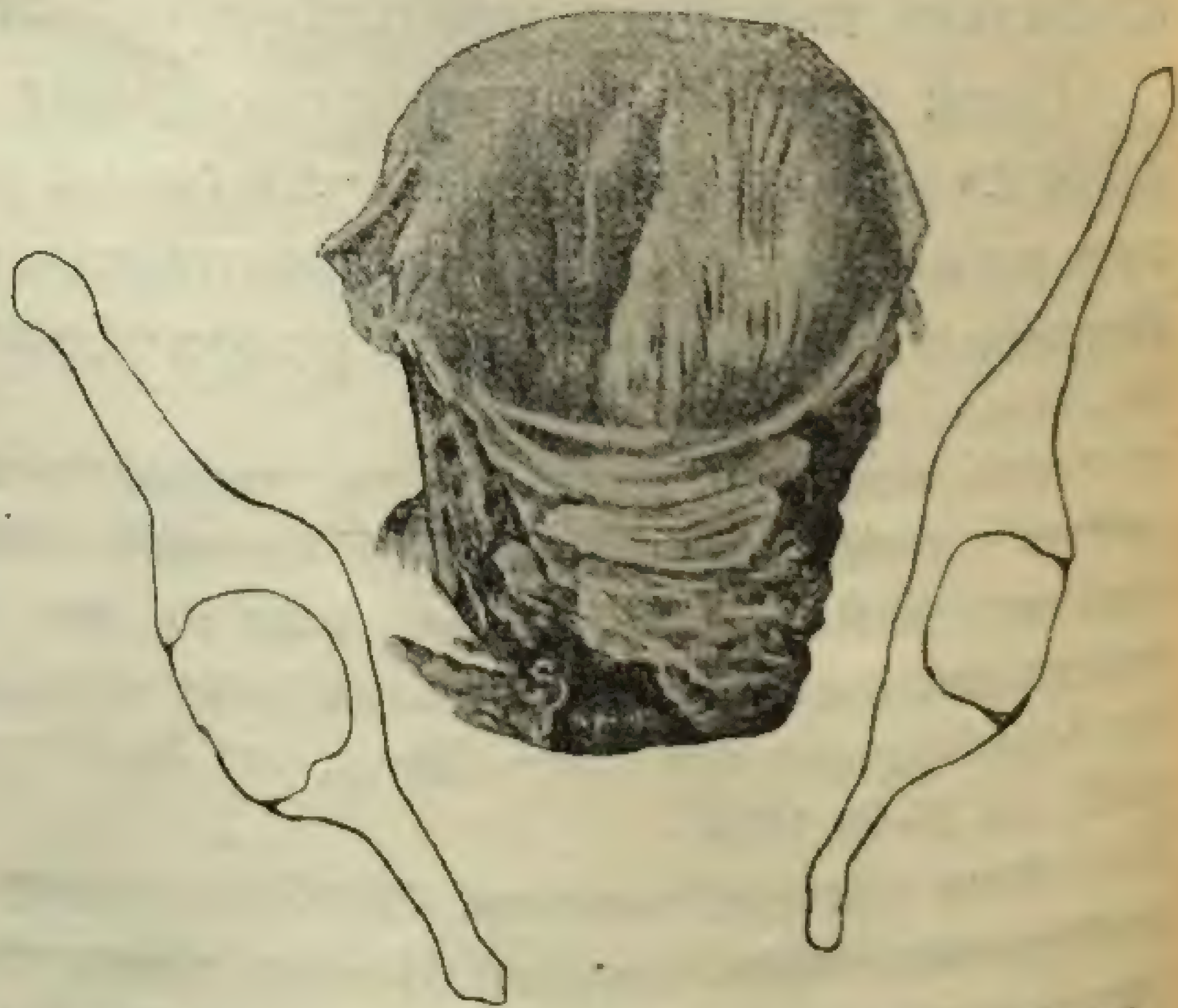


Рис. 25. При опорожнении 6 или 7 мес. аборта врач вырвал всю матку (сл. Behrend'a, сообщ. В. Липманом).

Совершенно дру...  
младенца. Здесь  
вы шейки.  
редко встречаются  
при ручном удале  
бум любил повт  
консистенцию вар  
врач или акушерка  
рывали всю матку,  
здесь уже не ош  
случаи разрь  
наложении щипцов  
разрывы начинаются  
идут вверх?  
подобных случая были  
течение родов (пос  
т.е. впереди плода и  
до родов младенца  
кровоотечение из от  
плацентарного дыха  
опасны, по причи  
тяжелом случае пр  
Хотя не последовало  
была уже обескровлен  
казалось для нее гибел  
этом случае врач-стаже  
пределил выпадение но  
ручки при головном  
на ножку, произой  
с явлениями родиль  
выписалась, но вскоре  
статического характера  
разрывы матки  
таза и суставов?  
разрывы матки

В. С. Horst (Филад  
Amer. Journ. of. obst. a.  
Berle, Spontaner Scheide  
uterusruptur. Schweiz  
№ 37, 1922. - R. Sch  
Schweiz. med. W. 1922, M  
Scheiden Verletz... D  
Symphysenruptur i  
о разрыве  
итирован



матки<sup>1</sup>. Совершенно другого характера разрывы при извлечении младенца. Здесь играют роль разможнение и отрывы шейки.

Нередко встречаются разрывы стенки (правильнее — отрывы) при ручном удалении последа. Мой покойный учитель Бумм любил повторять, что матка во время родов имеет консистенцию вареного картофеля. Бывали случаи, когда врач или акушерка не только отрывали части стенки, но вырывали всю матку, предполагая, что отделяют послед. Конечно, здесь уже не ошибка, а грубое невежество.

Нередки случаи разрывов при повороте младенца на ножку, наложении щипцов и друг. акушерских операциях. Эти разрывы начинаются на шейке, иногда даже во влагалище и идут вверх<sup>2</sup>.

Два подобных случая были в моей практике. В одном случае было тяжелое течение родов (послед был прикреплен в нижнем сегменте и в шейке, т. е. впереди плода и препятствовал прохождению ребенка). Если послед до родов младенца отслаивается, то это обуславливает сильнейшее кровотечение из открытых сосудов матки и смерть ребенка, лишенного плацентарного дыхания. В подобных случаях разрывы шейки крайне опасны, по причине обильного кровотечения и инфекции. В одном тяжелом случае при извлечении ребенка произошел разрыв шейки. Хотя не последовало сильного кровотечения, но больная настолько была уже обескровлена, что небольшое добавочное кровотечение оказалось для нее губельным.

В другом случае врач-стажер, работавший несколько лет, ошибочно определил выпадение ножки, когда в действительности было выпадение ручки при головном предлежании. На следующий день, при повороте на ножку, произошел разрыв шейки. Больная пролежала 6 недель с явлениями родильной лихорадки и воспаления тазовой брюшины, выписалась, но вскоре умерла от воспаления легкого, вероятно метастатического характера.

Иногда разрывы матки обусловлены повреждениями костей таза и суставов<sup>3</sup>.

Встречаются разрывы матки еще во время беременности<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> См. также: В. С. Horst (Филадельфия). Причины и лечение разрыва матки. Amer. Journ. of. obst. a. gynec. 1924, стр. 754.

<sup>2</sup> D. Eberle, Spontaner Scheidenriss während der Geburt, nebst Bemerkungen zur Uterusruptur. Schweiz. med. Woch. 1921, № 37. — W. C. Schwayne, Uterusruptur während der Eröffnungsperiode; реф. в Zentrbl. f. Gyn. № 37, 1922. — R. Schnyder, Zum Mechan. des Scheidenabrisses... Schweiz. med. W. 1922, № 9. — Boltow, Die forens. Bedeut. der zentr. Cervix-Scheiden Verletz... D. Z. f. d. g. g. Med. т. 6, кн. 6, 1926.

<sup>3</sup> Hornig, Symphysenruptur intra partum. Zentrbl. f. Gyn., № 47, 1922.

<sup>4</sup> Литература о разрывах во время беременности богата. Кроме выше и ниже цитированных случаев, следует указать еще на следующие: Schmidt, Spontanruptur des Uterus in Graviditate. Zentrbl. f. Gyn., № 33, 1925.



Разрыв происходит на дне или теле матки, или идет сверху до низу, и все плодное яйцо выходит в брюшную полость. Разрывы встречаются либо самостоятельно, либо в результате травмы<sup>1</sup>.

Давление, произведенное на беременную матку и на плодные воды, по законам гидравлики, распространяется равномерно во все стороны и может причинить разрыв в любом более слабом месте. Иногда таким слабым местом является рубец от бывшего кесарского сечения, либо от предыдущего разрыва, прободения, либо гнойного воспаления (частичный некроз маточной стенки (*metritis dissecans*). Обычно местом разрывов является место прикрепления последа<sup>2</sup>. Даже падение<sup>3</sup> на живот в последние месяцы беременности или падение на ягодицы производит давление на матку, вследствие противоудара на отдаленные органы.

Baisch этиологически различает разрывы матки: 1) травматические<sup>4</sup>, 2) насильственные<sup>5</sup> и 3) самопроизвольные.

Под травматическими разрывами Baisch понимает такие, которые произошли от внешней травмы без участия или

E. Glaetzer, Ein Fall von spont. Uterusruptur... Inaug. Diss Breslau, 1925.  
Chr. Kumpiloff, Ruptura uteri in der Frankfurt. Univ. Frauenkl... Inaug. Diss. Frankfurt a/M. 1924 H. Gromadzki. Разрыв матки во время беременности, Ginek. polska т. I, кн. 1.

<sup>1</sup> Р а с у, Спонтанный разрыв нижнего сегмента матки. Brit. med. Journ. № 3286.

<sup>2</sup> Audebert et Fournier, Apoplexie utero-placentaire, Hysterectomie totale sans ouverture de l'oeuf. Gyn. et Obst. стр. 81, 1925 г.

<sup>3</sup> E. Frey, Zur traumat. Uterusruptur in der 2-en Hälfte der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. т. 121. Падение с высоты, 4,5 метр.: разрыв дна матки на месте прикр. последа, обнаруж. через 11 дн. (беременная после несч. сл. все время была на ногах). Зародыш и послед оказались инкапсулированными в брюшной полости. Гистол. иссл. краев разрыва оказалось безрезультатным.

<sup>4</sup> В Lundquist: 32-летняя первобеременная на 9 мес. беременн. при падении получила неполн. разр. задн. стенки матки, длин. 8 см., с больш. задне-брюшинн. кровот.; ребенок умер от асфиксии, мать после операции выздоровела.

<sup>5</sup> У 51-летн. с подозрением на рак матки при выскабливании с диагностич. целью выскаблили части маточн. артерии, принятые за полипозные разращения. Последствия замечены только через неск. часов. (W. Sigwart, Eine seltene Verletzung des Uterus, Zentrbl. f. Gyn. № 12, 1922). — В случае Прейсса большая часть матки и придатков

человека. По  
произошел в  
манипуляций (ак  
самопроиз  
причин. Он  
беременности  
непосвященны  
сама разорвать  
имеются при  
гистологическим  
прикрепл  
матки, врожденная  
например, после  
выпячива  
и их последо

вырвана; больная посл  
матка был  
привезена через  
Gyn. № 34, 1925).

Schugt. Spontanruptu  
Gyn. № 17, 1926 г. — Но  
Spontanruptur, Zentrbl. Gyn  
Uterusruptur mit. bes. B  
Gyn. т. 71, кн. 1-2.

производится столь  
соскабливается и мышце  
доказано Шрейдером,  
родах, отделение слизи  
Demelin и H. Vignes пер  
в тяжелом состо  
на 7-й день

брюшной полости, н  
известно, что были по  
образовался мест  
S. Kratochvil, Pa  
des grav. Uterus. Zentrbl  
Fälle von Uterusruptu  
девица, вторые роды  
схваток. Надв  
перерожд. му

также S. Kratochvil, Pa  
des grav. Uterus. Zentrbl  
Fälle von Uterusruptu  
девица, вторые роды  
схваток. Надв  
перерожд. му

также S. Kratochvil, Pa  
des grav. Uterus. Zentrbl  
Fälle von Uterusruptu  
девица, вторые роды  
схваток. Надв  
перерожд. му



вины человека. Под насильственными — те случаи, когда разрыв произошел в результате или во время внутриматочных манипуляций (акушерских операций). В противоположность им самопроизвольные разрывы происходят от внутренних причин. Они могут произойти в течение всего периода беременности (P. Schugt и др.)<sup>1</sup>.

Для непосвященных крайне странно звучит, что матка может сама разорваться во время беременности. Но здесь, конечно, имеются причины, которые определяются часто только гистологическим исследованием. Отметим следующие: неправильное прикрепление плодного яйца, уродства развития матки, врожденная или приобретенная тонкостенность матки, например, после предшествующих аборт<sup>2</sup>; локализованные выпячивания стенки матки (дивертикулы); воспаления и их последствия<sup>3</sup>, новообразования, рубцы на

была вырвана; больная после операции выздоровела. — Buttner сообщил о том, как вся матка была вырвана врачом при леч. 5-мес. аборта. Женщина привезена через 4-5 час. с явлениями остр. малокров. (Zentrbl. f. Gyn. № 34, 1925).

<sup>1</sup> P. Schugt. Spontanruptur der Uterus im 4-n Monat der Schw., Zentrbl. Gyn. № 17, 1926 г. — Hoehne O., Zur Aetiologie und Diagnose der Spontanruptur, Zentrbl. Gyn. 1925, стр. 66. — H. Heidler, Über atypische Uterusruptur mit bes. Berücks. des Hoehne'schen Zeichens, Mon. f. Geb. u. Gyn. т. 71, кн. 1-2.

<sup>2</sup> Иногда производится столь энергичное выскабливание полости матки, что соскабливается и мышечная оболочка. Между тем нормально, как давно доказано Шрейдером, Шульце и др., при самостоятельном аборте или родах, отделение слизистой оболочки происходит в губчатом слое. Demelin и H. Vignes передают след. сл.: одна 3-еберем. на 7 мес. находилась в тяжелом состоянии: вздутие живота, рвота, с 6 дня вонючие выделения; на 7-й день плод обнаружен под брюшными стенками. Смерть. На вскрытии: гнойный перитонит; плод 39 см. длины, в свободной брюшной полости, на матке боковой разрыв 6 см. длиной. Стало известно, что были попытки плодизгнания. Возможно, что после повреждения образовался местный некроз, послуживший слабым местом. См. также S. Kratochvil, Pathol. Anwachsung der Plazenta mit Spontanruptur des grav. Uterus. Zentrbl. f. Gyn. № 37, 1922, реф. — H. Fleuzen. Über einige Fälle von Uterusruptur, там же.

<sup>3</sup> 28-летн. девица, вторые роды, плоско-рахитический таз; год тому назад лечилась от воспаления половых органов. Внезапный разрыв матки без схваток. Надвлагалищная ампутация; смерть. Микроск.: сильн. жир. перерожд. мускулат. и стенок сосудов, в результ. бывш. воспаления (I. Fleischmann, Über spontane Uterusruptur sub part. Diss. Würzburg, 1921).



матке от предшествующего кесарского сечения <sup>1</sup> или бывших разрывов; иногда линия разрыва не совпадает с линией рубца, а находится параллельно; вероятно, причиной разрыва служит раз'едание ворсинками ненормальной слизистой оболочки матки в области рубца. Бывшие прободения с последующим сращением сальника и кишек с маткой также препятствуют образованию здорового рубца.

В заключение упомянем разрывы у сифилитичек и неопределенной этиологии <sup>2</sup>. Цвейфель <sup>3</sup> описывает два случая разрыва у сифилитичек, считая сифилис predisposing моментом.

Симптомы угрожающего разрыва <sup>4</sup> при внимательном наблюдении трудно проглядеть: узкий таз, давно прошедшие воды, ущемление передней маточной губы, синюшность ее, отечность, переходящая на влагалище и наружные половые органы; высокое стояние (на уровне пупка и выше) контракционного кольца (линии, ограничивающей максимально растянутый нижний сегмент от тела матки) и места прикрепления круглых связок, несимметричного с обеих сторон; беспокойство роженицы; бурные схватки; сильно сокращенное дно, ускоренный пульс. В таких случаях требуется немедленное родоразрешение.

<sup>1</sup> Schugt, Über Uterusruptur in der alten Kaiserschnittnarbe. Mon. f. Geb. u. Gyn. т. VIII. — H. Heidler, Uterusruptur nach 2-malig. Sectio caesarea classica. Zentrbl. f. Gyn. № 14, 1924. — Planchu, Zentrbl. f. Gyn. № 27, 1924, реф.—Bennemann, Inaug. - Dissert. Halle 1920, Fälle von Uterusruptur nach Sectio caesarea bei erneuter Gravidität.

<sup>2</sup> Случаи неизвестной причины довольно часты и имеют большую литературу. См. W. Hoeck, Zentrbl. f. Gyn. № 34, 1922. — M. Schwab, Zentrbl. f. Gyn. № 24, 1922 г. и др.

<sup>3</sup> 1-й случай: в 19-летн. возр. пациентка зараз. сифилисом, проделала три курса. леч. ртутью; родила 3-х мацерир. дет. В конце 4-й (настоящей берем.) поступила в клин. со слаб. схватками; для усиления схваток вложен метрейринтер неб. разм. Метрейринтер выпал через 4 часа, при раскрытии в серебр. рубль. Во вр. припадк. рвоты произошел разр. матки. Таз норм.; больн. оперир. и выздоровела. Края разр. были норм. 2-й сл.: разр. матк. на 8 мес. берем. при норм. тазе. У ребенка остеохондрит (сифил. происхождения).

<sup>4</sup> См. также: E. Graff, Zur Symptomatologie der Uterusruptur. Wien. Kl. Woch. № 13, 1925 г. — H. Heidler, Zur Symptomatol. der Uterusruptur; реф. в Zentrbl. f. Gyn. № 48, 1924 г. — H. Schultheiss, Über Uterusruptur. Schweiz. med. Woch. 1922, № 43. — D. S. Hillis, (Чикаго). Разрыв матки. Surgery, gyn. et obst. 1924.



Пока плодный пузырь цел и маточный зев не вполне раскрыт, вообще разрыв не может произойти <sup>1</sup>. Важнейшие признаки разрыва: внезапное прекращение схваток и смерть ребенка. Кровотечение из половых органов не характерно. Диагноз подтверждается лишь после опорожнения матки (дыра в стенке матки, кровь и околоплодные воды из брюшной полости, прощупывание ребенка под брюшными покровами). Никогда не отсутствуют признаки острого малокровия. Как показывают многочисленные наблюдения, неполный разрыв может протекать без острых симптомов, часто маскируясь нехарактерными признаками. В этих случаях установление разрыва чрезвычайно трудно. Иногда он определяется лишь на вскрытии. Бывают, с другой стороны, случаи, когда, в результате неправильно поставленного диагноза разрыва, производится чревосечение, и в брюшной полости неожиданно обнаруживается какое-нибудь другое осложнение беременности или родов <sup>2</sup>.

### 3. ИНФЕКЦИЯ

Огромное значение в патологии беременности и родов играет инфекция, на долю которой падает  $\frac{3}{4}$  всех смертных случаев в акушерстве. Если мы причислим сюда все тяжелые не смертельные случаи, то получим целую армию нетрудоспособных. Если к этой армии мы прибавим хронически больных женщин, переполняющих ежедневно наши больницы и амбулатории, ища помощи от женских болезней, то мы легко убедимся, что родовая инфекция, родильная лихорадка — народный бич, поражающий сотни тысяч человеческих жизней. Она свирепствует с особенной силой там, где нет у нас достаточно квалифицированной помощи.

<sup>1</sup> Хотя и здесь бывают редкие исключения — самостоятельные разрывы при целости пузыря. Linzenmeier описал недавно такой случай у первородящей, через 4 часа после начала родовой деятельности, при целом пузыре и раскрытии в сер. рубль. Наружного кровотечения не было. При чревосечении найдено: сращение матки и кишечника; около 2-х литров крови в брюшной полости; на задн. по верх. матки справа разрыв велич. в ладонь, в отверстии котор. находился послед. Удаление матки с мерт. ребенком. Выздоровление. Причину разрыва Линценмейер видит в бывш. 7 лет тому назад в связи с выскабливанием 4-мес. аборта воспален. тазов. клетчатки.

<sup>2</sup> R. Keller, Gyn. et. obst. 1921, №№ 2 и 3.



Вероятно, всем известно из опыта войны о заражении раны — о воспалении и нагноении ее; точно так же известно о рожистом воспалении кожи — острозаразной болезни, сопровождаемой высокой температурой, резко выраженной краснотой кожи и тяжелыми общими явлениями. Возбудителем заражения раны и рожистого воспаления является микроб стрептококк. Проникнув в ток крови, стрептококк вызывает заражение крови — сепсис. Родильная лихорадка, или горячка, также вызывается преимущественно стрептококком, проникающим в кровь роженицы. Кроме стрептококка, другие гноеродные микробы — стафилококки, пневмококки, гонококки и др. играют второстепенную роль. Среди разных видов стрептококков гемолитический стрептококк (растворяющий эритроциты) играет выдающуюся роль в качестве возбудителя родильной лихорадки (Бумм, Биггер, Илькевич и др.). По богатому материалу В. Я. Илькевича, приблизительно половина всех смертных случаев от родильной лихорадки обязана гемолитическому стрептококку,  $\frac{1}{5}$  — смешанной инфекции разными гноеродными возбудителями,  $\frac{1}{9}$  — стафилококку; остальные случаи смерти обязаны кишечной палочке, негемолитическим стрептококкам и др. (Докл. на VI Съезде Ак. и Гин. в Москве, 1924 г.). Под влиянием инфекции развиваются местные и общие болезненные явления. Первый, установивший связь между заражением раны и родильной лихорадкой, был венский врач Земмельвейс, обессмертивший себя своим открытием.

На наружных и внутренних половых органах родильницы имеются незначительные повреждения, через которые проникают возбудители инфекции. Внутренний покров матки после родов представляет обширную раневую поверхность с широко зияющими венами. На этой поверхности находится масса сгустков крови и некротической слизистой оболочки, а под ними слой рыхлой ткани, щели которой наполнены кровью. Все эти ткани представляют отличный питательный материал для микробов и благоприятные условия проникновения вглубь стенки матки. Место прикрепления последа с широкими венозными сплетениями, часто заполненными тромбами, облегчают всасывание микробов и их токсинов. Мощное развитие лимфатических сосудов в матке является широким путем для возбудителей; поэтому только

жизнеспособности  
судьба про  
прежде, по  
возбудители  
инфекции  
отравление;  
в ток крови  
крово, сег  
инфекции. Перва  
микробами  
кислорода  
и в выделениях  
гнилостной лихор  
От быстрого всас  
повышается до  
грязными и  
полость матк  
стекаются во вл  
присоединя  
поднимаются  
Лохии част  
образуется  
температ  
В этиологии послерод  
ее происхождение.  
выкидыша является  
родах также различают  
Мы говорим об инф  
первой мы понимаем са  
находятся в на  
условиях ст  
исследования  
стрептококки. Внутр. исс  
инфекции. Во  
строжайш. Среди посл  
дающее, заб  
сечение. Заб  
от вы  
1924 г.  
1926 г.



от жизнеспособности и инвазивности микробов зависит дальнейшая судьба процесса<sup>1</sup>. В зависимости от свойства микробов, прежде, по примеру Бумма и его школы, делили родильную инфекцию на две формы: на более легкую форму, когда возбудители развиваются лишь в полости матки, на некротической поверхности, а их токсины всасываются и вызывают отравление; при другой форме микроорганизмы проникают в ток крови и размножаются. Это собственно и есть заражение крови, сепсис,— более тяжелая форма послеродовой инфекции. Первая форма вызывается, по Бумму, гнилостными микробами, сапрофитами, размножающимися при отсутствии кислорода. Сапрофиты растут только на мертвой среде и в выделениях. Болезнь, вызываемая ими, называется гнилостной лихорадкой, гнилокровием.

От быстрого всасывания токсинов температура родильницы повышается до 39° и выше и происходит озноб. Лохии становятся грязными и издают зловоние. При нормальных условиях полость матки после родов стерильна, но, когда лохии стекают во влагалище до наружных половых органов, к ним присоединяются многочисленные микробы. Последние поднимаются вверх в полость матки и вызывают заражение. Лохии часто застаиваются в полости матки, благодаря чему образуется скопление токсинов, всасывание их и повышение температуры. Защитительную роль организма

<sup>1</sup> В этиологии послеродовой инфекции следует принимать во внимание ее происхождение. В гл. об аборте мы убедимся, что гл. осложн. выкидыша является инфекц. извне, от манипуляции над маткой. При родах также различают самопроизв. заражение, от терапевт., насильств. Мы говорим об инфекции эндогенной и экзогенной. Под первой мы понимаем самозаражение родильницы микробами, которые часто находятся в нар. пол. органах и во влагалище и при благоприятных условиях становятся вирулентными. Больш. знач. для самозаражения играют половые сношения незад. до родов. В. Липман при многочисл. исследованиях находил на полов. члене мужч. вирулентные стрептококки. Внутр. иссл. берем. женщины также влекут за собою риск внесения инфекции. Все операт. акуш. пособ., производим. при соблюд. строжайш. правил асептики, не лишены возможности внесения инфекции. Среди последних особенное значение имеет ручное отделение последа, дающее, по Бумму, больш. % заболеваний и смертей, чем кесарское сечение. Заболеваем. и смертн. от родов, однако, значит. меньш., чем от выкид. (см. Л. И. Бубличенко, журн. Ак. и Гин., кн. 3, т. 35, 1924 г.). См. также ст. Любимова в Zentrbl. f. Gyn. № 22, 1926 г.



выполняют лейкоциты, толстым слоем окружающие гнилостный слой и препятствующие прониканию микроорганизмов вглубь маточной стенки. Таким образом, весь гнилостный процесс разыгрывается на поверхности слизистой оболочки.

Через некоторое время, благодаря сокращениям матки, лохии с некротическими инфицированными массами и сгустками крови выделяются из матки — полость последней очищается и исцеляется. Гнилостный эндометрит в огромном большинстве случаев заканчивается полным исцелением.

Если в полость матки, вместо гнилостных микробов, проникают гноеродные (стрептококки, стафилококки и проч.), то развивается более тяжелая картина болезни — пиэмия. Процесс не ограничивается слизистой оболочкой матки, а идет вглубь стенки, в кровеносные и лимфатические сосуды. Грануляционный вал лейкоцитов прерывается. Проникая в кровь, гноеродные бактерии быстро размножаются и вызывают общее заражение крови, сепсис. Последний представляет собою крайне тяжелую, часто смертельную форму родильной лихорадки, с разнообразными клиническими явлениями и патолого-анатомическими процессами<sup>1</sup>. Здесь картина болезни зависит не только от вида микроба, его вирулентности, от состояния организма женщины, но и от путей вторжения инфекции и благоприятствующих условий.

Место прикрепления последа представляет в отношении инфекции крайне опасное место — по причине шероховатости, присутствия некротических остатков ткани и обилию зияющих сосудов.

Как при гнилостном, так и при гнойном эндометрите различают местные явления от общих. Как местные, так и общие явления при гнойном эндометрите принимают более тяжелый характер, чем при гнилостном. Местные явления можно видеть уже на наружных половых органах. Если имеется разрыв промежности, то края раны предста-

<sup>1</sup> Илькевич В. Я., располагающий большим материалом, отвергает деление инфекции на сапрофитическую и гноеродную, считая, что бывает только инфекция, которая в легких случаях останавливается в эндометрии, не проникая вглубь. Многие авторы в настоящее время придерживаются такого же взгляда на сапрофитоз. (См. В. Я. Илькевич Журн. Ак. и Женск. бол. кн. 3, 1924 г.).



вляются набухшими, покрытыми грязновато-серым налетом или струпом, состоящим из некротической ткани с содержанием микробов, чаще всего стрептококков. Если разрыв промежности был зашит, то швы расходятся, а отверстие раны представляется зияющим. Тот же воспалительный процесс отмечается на остальных наружных половых органах, во влагалище, на шейке матки. В полости матки развивается так наз. септический эндометрит.

Местные процессы сопровождаются общими явлениями инфекции: расстройством самочувствия, повышением температуры до  $39^{\circ}$  и выше. Лихорадка сопровождается часто ознобами, представляющими всегда тревожное явление. Дальнейший процесс зависит от преобладающих путей его распространения: гематогенного (по крови), лимфогенного (по лимфатическим сосудам) и через трубы. Лишь в меньшинстве случаев инфекция избирает один единственный путь, обычно же — два или все три пути одновременно, что дает весьма многообразную картину пуэрперального процесса. Ознобы с большой вероятностью говорят за распространение инфекции по кровеносным путям. Следует еще отметить, что температура и озноб не указывают на определенную локализацию процесса.

#### а) Кровеносный путь инфекции

При чисто гематогенной форме путь инфекции отличается вполне определенными воспалительными изменениями вен: от легкого утолщения сосудистой стенки до образования септических тромбов (сгустков крови), закупоривающих просвет вен на значительное протяжение. Тромбы заключают в себе неисчислимый резервуар микробов, являющийся рассадником инфекции.

Такой инфекционный тромб характеризуется сращением со стенкой вены, тогда как белый, посмертный тромб не прикреплен и свободно лежит в просвете сосуда. В тяжелых случаях тромбоз не ограничивается половыми органами и распространяется по венозному пути всей нижней половины тела и нижних конечностей (перифлебит). Со с воспалением околовенозной клетчатки (перифлебит). Соответствующая часть тела, откуда затруднен отток венозной крови, припухает.



До организации тромбов, т. е. прорастания их соединительной тканью и даже об'извествления, возможны в любой момент отрывы кусков (эмболов) и занесения инфекции в другие органы по венозным путям. Таким образом, возможно занесение инфекции в правое сердце и легкие. В месте оседания инфицированного эмбола образуются гнойники (абсцессы); инфекция захватывает и окружающие ткани. Гнойники (абсцессы) легких не имеют круглой формы инфаркта, а обычно шарообразны или неправильной формы, в зависимости от размеров пораженной ткани. В окружности абсцессов находятся реактивно-воспалительные участки, сливающиеся в большие бляшки; постоянно сопутствуют явления плеврита.

Гораздо реже встречаются абсцессы в почках и других органах, в виду того, что все значительные скопления гноя и микробов остаются в легких, как в фильтре. По материалам Р. Keller'a (Вена) на 14 абсцессов легких было всего 4 абсцесса почек, зато ни разу не было абсцессов почек без абсцессов легкого.

Эндокардит, — воспаление внутренней оболочки сердца не является обязательно предпосылкой для образования абсцессов почек. Абсцессы сидят большей частью поверхностно — в глубине ткани, единичны или множественны, размером от булавочной головки до горошины, круглой формы, что также говорит против происхождения от инфаркта.

Эндокардит, особенно левого желудочка, встречается реже, чем при лимфогенной форме; в большинстве случаев дело идет, возможно, уже о вторичной инфекции клапанов со стороны крови при развившемся сепсисе. Двустворчатый клапан поражается чаще трехстворчатого, хотя следовало бы ожидать обратного явления, если бы инфекция шла со стороны инфицированного тромба.

Изменения различны: от легкого утолщения до язвенного или бородавчатого процесса с сильным поражением клапанов.

Отложения на клапанах аорты и легочной артерии редки.

Изменения сердечной мышцы не характерны, соответствуют любой изнурительной болезни и не зависят от пути

распространения инфекции  
увеличена  
дегенерация  
характеризуется  
название  
промежутки  
хорошо  
собой  
гнойников.  
острые ознобы про-  
гноя в конце-  
с перерожд-  
амилоида) и см-  
свойства возбуди-  
обилие гноя ил-  
форма болезни  
погибают в крови, а  
(посевами). При  
температура все время д-  
больные произв-  
наступает, обычно  
случаях чрезвы-  
находят стрепто-  
с обильной пу-  
местных явлений,  
эндокардит.  
распространение  
ким сосудам (л-  
лимфогенная форма да-  
и многообраз-  
путь указывают г-  
(Keller), хотя и ге-  
Blair-Bell наблю-  
матки, по всей  
трома фле-  
распространен-  
Blair Bell, Pue-  
of the uterus



распространения инфекции. Перикардит наблюдается редко. Селезенка увеличена, мягка и рыхла. В других органах встречаются дегенеративные изменения. Картина болезни, характеризующаяся образованием многочисленных гнойников, носит название гноекровия (пиэмии). Клинически она характеризуется высокой температурой, потрясающими ознобами; промежутками бывает нормальная температура и сравнительно хорошее самочувствие. Каждый новый озноб знаменует собою появление в каком-нибудь месте новых гнойников.

Частые ознобы продолжительной болезни и отравляющее действие гноя в конце-концов доводят больную до сильного истощения с перерождением внутренних органов (образованием амилоида) и смерти.

От свойства возбудителей инфекции—стрептококков—зависит обилие гноя или отсутствие его. При отсутствии же—форма болезни еще грознее. При этом микробы не погибают в крови, а обнаруживаются и размножаются в ней (посевами). При сепсисе гнойников не находят. Температура все время держится на большой высоте (40° и выше); больные производят очень тяжелое впечатление. Смерть наступает, обычно, по истечении некоторого времени, в редких случаях чрезвычайно быстро (молниеносно). При вскрытии находят стрептококков в крови, умеренно увеличенную, с обильной пульпой, селезенку; часто никаких других местных явлений, кроме эндометрита; иногда—септический эндокардит.

#### б) Распространение инфекции по лимфатическим сосудам (лимфогенная форма)

Лимфогенная форма дает картину болезни, часто мало характерную и многообразную. На определенно лимфогенный путь указывают гнойные метастазы в яичниках (Келлер), хотя и гематогенный путь не исключается. Так, W. Blair-Bell наблюдал одновременно с абсцессами в стенке матки, по всей вероятности лимфогенного происхождения, тромбофлебит яичника, т. е. процесс гематогенного распространения инфекции<sup>1</sup>. Легочные абсцессы

<sup>1</sup> W. Blair Bell, Puerperal ovarian thrombophlebitis with abscessus in the wall of the uterus. Journ. of Obst. a Gyn. of Brit. Emp. № 4, т. 31.



встречаются реже, эндокардит чаще, чем при гематогенной форме. Легочные изменения имеют преимущественно лобулярный и перибронхиальный характер и представляют собою результат контактной инфекции со стороны зараженных бронхов. Попадая в межклеточные лимфатические щели, стрептококки наводняют и пронизывают ткань маточной стенки, образуя воспаление и очаговые некрозы, носящие название *metritis dissecans*, названные Lehmann'ом правильнее *metritis phlegmonosa gangraenosa*. По мнению Келлера, эти локализованные внутриматочные абсцессы и некрозы бывают и гематогенного происхождения, ибо в полость абсцесса открывается наполненная гноем вена<sup>1</sup>.

Пробираясь в сторону околоматочной клетчатки, они вызывают острый параметрит, характеризующийся гнойным выпотом в окружности матки. Параметриты бывают, повидимому, как лимфогенного, так и гематогенного характера. Пробираясь через мышцы матки<sup>2</sup>, по направлению к свободной брюшной полости, возбудители инфекции могут вызвать острое воспаление брюшины, септический перитонит, в большинстве случаев смертельный. При этом вместо гноя образуется жидкий, серозно-гнойный выпот, перемешанный с плотно сидящими фибриновыми пленками, скопляющийся между петлями кишок и др. органами и покрывающий оба листа брюшины. Петли слипаются и с трудом раз'единяются, образуя многочисленные гнойные скопления, часто не сообщающиеся между собою. Такие скопления всегда находятся в заднем Дугласовом пространстве и карманах под грудообразной преградой. Брюшина теряет свой характерный гладко-блестящий вид и становится мутной, гиперемичной, покрыта студенистыми фибриновыми пленками. В выпоте многочисленные вирулентные стрептококки. В прогностически худших случаях выпот бывает весьма скудным — т. наз. сухая форма перитонита (*peritonitis sicca*).

<sup>1</sup> См. также: О. А. Григорьева, *Gangraena uteri totalis (metritis dissecans)*. Ж. Ак. и Ж. б. т. 35. Кн. 1, 1924. — К. Fink. Beitrag zur Genese der Metritis disseccans Mon. f. Geb. u. Gyn. 1925 октябрь. Выздоровление после оперативного удаления труб и яичников на 22-й день болезни.

<sup>2</sup> Что определяется серией сагиттальных разрезов, обнаруживающих наполненные гноем лимфат. и кровеносн. сосуды. Реже встречаются большие тромбы в сосудах параметрия.



Этим паталого-анатомическим явлениям перитонита соответствуют тяжелые клинические симптомы: непрерывная рвота, сильное вздутие живота, тимпанит, чрезвычайная болезненность живота при легком прикосновении или перемене положения; напряженность брюшных покровов; тяжелый общий вид, западение лица (*facies hippocratica*).

#### в) Распространение инфекции через трубы

При распространении инфекции через трубы главное скопление гноя образуется в заднем Дугласовом пространстве. Обычно считают, что воспаленные бахромки трубы заворачиваются и закрывают просвет трубы и препятствуют проникновению гноя в брюшину (Бумм и др.). Однако, на самом деле, вследствие неполного слипания труб, гной все-таки нередко попадает в брюшину (Келлер, Белугин)<sup>1</sup>. Поэтому в трубах при септическом эндометрите никогда не скапливается столько гноя, какое количество мы встречаем в чистых не септических случаях сальпингитов. В виду быстрого распространения перитонита и летального исхода, другие метастазы редки. Даже может не быть увеличения селезенки (Келлер)<sup>2</sup>.

Кроме вышеприведенных, на трупе обнаруживаются изменения и в др. органах, объясняющие многочисленные клинические симптомы сепсиса. Так, на коже наблюдаются красные участки разной величины, пастозной консистенции — кровянисто-серозное пропитывание, вследствие препятствия кровообращения (тромбоза мелких кожных сосудов). В соединительной ткани мышечных пучков — кровянисто-серозный гнойный выпот, миозит; в мышцах могут быть множественные гнойники, вызывающие боли.

Суставы также рано поражаются и участвуют в септическом процессе. Сначала заболевает наружная стенка суставной сумки, а затем, после прободения ее, гной попадает в полость

<sup>1</sup> Белугин И. В. полагает даже, что наиболее частый путь проникновения инфекции в полость брюшины — трубы, на втором месте стоят лимфатические сосуды матки и параметриев. Почти половина смертельных случаев (46,6%) от родильной лихорадки обязана перитониту. (Пути распространения инфекции, Журн. Акуш. и Гинеколог. том 36, кн. 3.).

<sup>2</sup> (Гин. и Ак. 1924 г. № 3). Илькевич в выше цитир. статье дает подробный обзор 3928 случаев послеродовых заболеваний, хорошо прослеженных паталого-анатомически и бактериологически.



сустава и вовлекает в процесс хрящи и кости. Тазобедренные и крестцовоподвздошные суставы большей частью поражаются непосредственно из половых органов, без участия мышц<sup>1</sup>.

В черепной полости находят отек и абсцесс мозга, гнойный менингит, размягчение мозга на почве тромбофлебита.

Из органов чувств чаще всего поражаются глаза; образуются септические кровоизлияния в сетчатку (Heine), в большинстве случаев проходящие; воспаления (Roth); отслойка сетчатки; помутнение стекловидного тела и роговицы; редко — паноптальмит.

Осложнения со стороны уха при родильной лихорадке встречаются редко в виде воспаления среднего уха, перихондрита и хондрита ушной раковины метастатического происхождения. В полостях рта и верхних дыхательных путей наблюдаются воспалительные явления (ринит, фарингит, трахеит, ларингит) с налетами, без специфических возбудителей; абсцессы около ушной щитовидной и зубной желез также в виде метастазов.

Иногда на трупе находят узкую аорту (конституциональную аномалию), поражение сердечной мышцы (атрофию, перерождение, ожирение) и различные формы перикардита. Кровь более жидкая и бледная, иногда лаковая; количество эритроцитов уменьшается, эозинофилы увеличиваются. Гиперлейкоцитоз не дает указаний на прогноз, точно так же на скорость оседания эритроцитов. Печень в общем редко вовлекается в процесс; гнойники печени весьма редки, напротив, селезенка при сепсисе всегда так или иначе поражается; здесь мы встречаем набухание фолликулов, салыный вид (как при амилоидозе), анемические или геморрагические инфаркты, треугольной формы. Форма их при нагноении меняется. Если гнойник селезенки достигает поверхности брюшины, то развивается ограниченный перитонит.

В почках — абсцессы, перерождение и паренхиматозное воспаление. Почечные лоханки, напротив, редко поражаются. Корковый слой надпочечников часто атрофируется при перитоните (Келлер). Довольно часты циститы.

<sup>1</sup> Мне пришлось видеть такой метастаз в тазобедренном суставе, появившийся после искусственного аборта, произведенного в больничной обстановке. Абсцесс пришлось вскрыть.

4. ВНЕЗ

В предыдущий родовой эти осложнение тельное время потомы родиль тельное состо

Бывает, что данно для окр впечатление и ского персона. смерть часто п щин, иногда в Разберем на

Что кажды хорошо известно во время родов, теря крови гораз сится вполне удо ности вазомоторн обляется к колич нах. Мы видим жен лице и в теле, но периферическая кр тбожение внутрен тношение вызвало на один симптом, и ступу пульса. Врач в этом угрожа шком медленный Поэтому, необход и на дыхание. тения глубоки, сп в состоянии нет. Нап несколько пульсе явл часто мне



#### 4. ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

В предыдущей главе мы разобрали ряд тяжелых осложнений родовой деятельности, ведущих нередко к смерти. Эти осложнения продолжаются иногда довольно продолжительное время. В народе прекрасно известны опасные симптомы родильной горячки: смерти всегда предшествует длительное состояние болезни.

Бывает, что смерть наступает совершенно внезапно и неожиданно для окружающих, производя на последних удручающее впечатление и вызывая подозрение в халатности медицинского персонала или в насильственной смерти. Внезапная смерть часто поражает совершенно здоровых на вид женщин, иногда в течение нескольких минут и даже меньше.

Разберем наиболее частые причины внезапной смерти.

##### а) Истечение кровью

Что каждые роды сопутствует потеря крови, всем хорошо известно. Количество крови, теряемое женщиной во время родов, различно, в среднем — 500 гр. Иногда потеря крови гораздо обильнее; тем не менее, она переносится вполне удовлетворительно. Благодаря особой лабильности вазомоторных нервов, объем сосудов быстро приспосабливается к количеству крови в жизненно-необходимых органах. Мы видим женщину мертвенно-бледной, без „кровинки“ на лице и в теле, но пульс довольно полный. Это значит, что периферическая кровеносная система пуста, что за ее счет идет снабжение внутренних органов, сердца и мозга. Обратное отношение вызвало бы смерть. Но здесь я должен указать на один симптом, иногда весьма противоречивый: на частоту пульса. Врач обычно боится слишком частого пульса, видя в этом угрожающий симптом сердечной слабости. Но и слишком медленный пульс также может быть обманчив.

Поэтому, необходимо обратить внимание как на пульс, так и на дыхание. Если при малом пульсе дыхательные движения глубоки, спокойны и медленны (18-20-24 в минуту), то опасности нет. Напротив, ускоренное дыхание (28-34) при медленном пульсе является угрожающим симптомом.

Поскольку мне приходилось наблюдать, — на дыхание очень часто не обращают внимания, и мы часто не



встречаем на него указания в историях болезни, которые попадают к нам в руки.

Причины сильного кровотечения весьма многочисленны и перечислены в любом руководстве по акушерству.

Из важнейших причин следует указать на атонические кровотечения, т. е. кровотечения из несократившейся после родов матки. Нормально после изгнания младенца и последа матка сокращается, мощно-развитые и зияющие сосуды суживаются, кровотечение приостанавливается. Если сокращения не происходит или оно недостаточно или неравномерно, то из зияющих сосудов продолжает струиться кровь. Причины атонии (состояния расслабления) могут заключаться либо в ослабленном состоянии мышцы матки, в результате слишком продолжительных родов, или, наоборот, слишком быстрых родов с бурными схватками, либо вследствие неполного опорожнения (задержка всего последа или остатков плодных оболочек) или воспалительного состояния. Воспалительный отек стенки, в особенности в окружности кровеносных сосудов, препятствует сокращению и суживанию просветов. Задержка последа представляет собою очень неприятное осложнение, часто требующее ручного отделения. Но в общем и целом ручное отделение производится чаще, чем бы следовало. Приращения последа встречаются очень редко, а задержка последа — довольно часто, вследствие неравномерного сокращения мышц разных отделов матки. Иногда послед ущемляется в полости матки вследствие сокращения шейки или боковой стенки. Такое ущемление часто проходит, и послед выделяется самостоятельно. Если нет показаний со стороны матери (кровотечение), то выжидают, ибо каждая проверка рукой полости матки сопряжена с риском занесения в полость ее микробов из нижних отделов полового канала.

Неполное опорожнение матки от остатков последа давало многократно повод к жалобам на врачей или акушеров в халатности, неосмотрительности.

Если взять себе за правило каждый послед (не надеясь на акушеров)<sup>1</sup> самому тщательно осматривать со всех сторон, т. е. с маточной и детской стороны, то всегда можно

<sup>1</sup> Если врач не мог лично осмотреть последа, то, во избежание ответственности, следует упомянуть об этом в истории родов.



определить, вышел ли послед целым или же в матке задержались части его. Иногда с этой целью употребляют так наз. «молочную пробу».

В пупочную вену впрыскивают большим шприцем приблизительно 200 гр. цветной жидкости (проще всего — молока, которое всегда имеется под рукою, отчего и название пробы) и рассматривают материнскую поверхность последа. Если недостает какой-нибудь дольки, то из этого участка (основания дольки) вытекает впрыснутая жидкость. Проба весьма характерна, и я не мог никогда отказаться от удовольствия показывать ее молодым врачам и акушеркам.

Иногда послед рождается в разорванном виде. Тогда молочная проба неприменима. Если имеются подозрения на задержку в матке кусочков последа, то врачу необходимо проверить полость матки, вводя тщательно дезинфицированную руку (лучше всего одетую в стерильную перчатку) и удалив их. Если же послед выделился целым, но остались плодные оболочки, то можно спокойно выждать самопроизвольного выделения в ближайшие дни.

Как известно, встречается двойной послед, при чем один из них большой, другой — малый, в виде добавочной дольки (добавочный послед, *placenta succenturiata*). Мне приходилось слышать от многих акушеров, с большим практическим стажем, что иногда можно не заметить добавочной дольки. Я это категорически отрицаю на основании совершенно определенных, установленных наукой данных: проглядеть ее можно только в том случае, если не обращаешь должного внимания на послед, а именно — на его внутреннюю (детскую) поверхность. Если же проследить отходящие лучеобразно сосуды, то, в случае добавочной дольки, видны разрывы их, которые не вызывают никакого сомнения в наличии еще добавочной дольки, подлежащей удалению из полости матки. Что остатки последа могут вызвать в дальнейшем родильную лихорадку, уже говорилось.

Смерть от истечения крови может последовать еще до начала родильной деятельности вследствие отслойки последа. В этом случае послед, в силу неизвестных нам причин, отделяется от стенки матки. А так как матка содержит в себе все плодное яйцо и не в состоянии сократиться, то широко раскрываются сосуды и сильно кровоточат. Если во время



не подоспеет акушерская помощь (прокол пузыря, родоразрешение при помощи кесарского сечения и др. способом), то беременная может истечь кровью. Преждевременная отслойка последа встречается, между прочим, при нефрите.

Предлежание последа является главной причиной кровотечения в конце беременности и в начале родовой деятельности.

Послед прикреплен не к телу матки, а к нижнему сегменту или к шейке. При первых сокращениях матки, которые бывают уже задолго (за неделю) до начала правильной родовой деятельности, происходит перемещение стенки матки в отношении прилежащих к ней частей последа, т. е. частичное отделение последнего, вызывающее кровотечение. Последнее требует немедленного оперативного вмешательства.

Дальнейшими причинами кровотечения являются разрывы матки по различным причинам и все формы внематочной беременности, на которых мы уже подробно останавливались. При этом часто бывает незначительное наружное кровотечение и сильное кровотечение в свободную брюшную полость, служащее причиной быстрой и неожиданной смерти.

Следует иметь в виду кровотечения из варикозных узлов наружных и внутренних половых органов и из опухолей.

Но бывают внутренние кровотечения по другим причинам, не зависящие от беременности. Крайне демонстративны описанные Saenger'ом, Wesenberg'ом и др. кровотечения из лопнувшей аневризмы селезеночной артерии, ложно принятой за разрывы матки<sup>1</sup>. Willoughby Smith описан случай

<sup>1</sup> В случае H. Saenger'a (Zentrbl. f. Gyn. № 20, 1926 г.) 40-летняя 9 раз родившая женщина привезена ночью с 2 на 3 февраля 1926 г. в клинику. Последние роды 1 1/2 года тому назад потребовали раннего отделения последа. Последняя менструация была в середине июля 1925 г. Настоящая беременность протекала нормально. В 11 ч. ночи она проснулась от сильных болей в области желудка, вызвавших обморок. Немедленно прибывший врач нашел ее в состоянии шока, спавшей, с холодными конечностями и слабым пульсом. Около часу ночи она была доставлена в клинику. Больная была хорошо сложена, она вольно хорошо упитана, с сильно развитыми варикозными узлами на ногах и наружных половых органах. Беременна на 8 месяцев. Сердцебиение никаких выделений. Жалобы на боли в области желудка. Верхняя половина живота вздута, болезненна, в области желудка.



пузыря, рож...  
и др. спосо...  
Преждевре...  
чим, при не...  
главной при...  
и в нач...

разрыва ветви селезеночной артерии, также окончившийся летально<sup>1</sup>.

Потеря крови, вызывающая смерть, бывает различна в зависимости от состояния сосудистой системы. Лица с большим сердцем обильное кровотечение переносят хуже.

## б) Болезни сердца

а к нижнему...  
ениях матки...  
о начала пр...  
еремещение...  
й частей по...  
ызывающее...  
о оперативного

Болезни сердца и без кровотечения в состоянии вызвать внезапную смерть в любой стадии беременности и родов.

напряжена. Рвоты нет. Сильный пот. В моче белка и сахара нет. Температура 37,1, пульс 96, мал. В течение 1/2 часа наблюдавшееся сердцебиение плода исчезло, появились признаки возрастающего малокровия, пульс 112. Консилиум с хирургом. В боковых частях живота небольшое припухание звука, слева более выраженное. Диагноз: внутреннее кровотечение (от самопроизвольного разрыва матки на месте бывшего приращения последа? Разрыв варикозного узла матки?). Операция: продольный разрез брюшных покровов. В брюшной полости около 500 гр. жидкой крови. Нормально - беременная матка, никаких патологических изменений. Кровотечение происходит из области левого подреберья (селезенки?). Разрез брюшных покровов продолжен влево, Селезенка цела. Желудочно - селезеночная связка (lig. gastrosplenicale), вся забрюшенная ткань и корень брыжжейки (radix mesenterii) наполнены кровью. Левая область почек среднего кровенаполнения. Чрезвычайно трудная ориентировка. Состояние больной ухудшалось с каждой минутой, пульс стал едва ощутимым. Левая почечная область вскрыта и тампонируется. Полость живота закрыта, проведен тампон со стороны левого угла разреза. Во время наложения кожного шва наступила смерть, приблизительно 2 1/2 часа по поступлении в клинику.

На вскрытии сначала не обнаружили исходного места кровотечения. Только путем тщательного препарирования обнаружена лопнувшая аневризма селезеночной артерии, величиною в лесной орех. Перфорационное отверстие с разорванными краями находилось сзади. Зонд проникал в ткань сзади поджелудочной железы. Обнаружен артериосклероз селезеночной артерии.

Wesenberg (Zentrbl. f. Gyn. № 15, 1912 г.) описал подобный же случай. Дело шло о 32-летней 4-й раз беременной. В виду подозрения в отслойке последа, введен метрейринтер в полость матки, для возбуждения родовой деятельности. Через 5 часов родился мертвый ребенок. 10 минут спустя родился послед и наступила смерть родильницы. Больная находилась 9 часов в родильном приюте, но кровосечения не делали в виду неясности картины болезни.

<sup>1</sup> 35-летняя женщина на 9 мес. беременности до посл. мин. тяжело работала; умерла внезапно до прибытия врача. На вскрытии обнаружен разрыв ветки селезеночной артерии. (Brit. med. journ. 1911, от 7/1).



Ведь беременность и затем роды в значительной мере обременяют сердце. Здесь особенное значение имеют некомпенсированные пороки сердца, заболевания миокардитом (ожирение, склероз венечных артерий) и околосердечной сумки, сильная деформация грудной клетки<sup>1</sup> (сердечная смерть скалиотиков), разрывы сердца при остром малокровии и нефрите с пороком сердца. О разрывах аневризмы мы уже говорили<sup>2</sup>. Иногда при внезапной смерти находят плевральные сращения или зобно-лимфатическое состояние. В этих случаях нередко первые капли хлороформа причиняют смерть.

Опасен для сердечно-больных момент опорожнения матки, обуславливающий резкое изменение кровяного давления, большой прилив крови в сосуды брюшной полости, вызывающий вследствие этого „внутреннее кровоистечение в сосуды“, малокровие мозга, сердца и периферических сосудов. Иногда причиной летального исхода служит недостаточность сердца, которая была во все время беременности и раньше, но не давала о себе знать, не была распознана и проявилась только в момент или сейчас же после родов.

<sup>1</sup> Granzow (Zentrbl. f. Gyn. 1926 г. № 51-a) описал случай смерти во время родов от травматической грыжи грудобрюшной преграды 28-летняя первобеременная 9 лет тому назад получила перелом грудной части позвоночника; впоследствии были жалобы на боли в грудных органах, незначительно усилившиеся во время беременности. При исследовании найден тимпанит и шум газов в левой половине грудной полости. Сердечная тупость справа от грудной кости. При помощи просвечивания рентгеновскими лучами была установлена грыжа грудобрюшной преграды. Высокими щипцами Kielland был извлечен живой ребенок. Час спустя наступила смерть родильницы при явлениях сильной рвоты и асфиксии.

На вскрытии: большая щель в левой части грудобрюшной преграды, ателектаз левого легкого. В левой плевральной полости находится большого размера желудок, левая флексура, петли толстых кишок, часть сальника и селезенка.

Грыжу грудобрюшной преграды Granzow считает абсолютным показанием к аборт.

<sup>2</sup> Чрезвычайно загадочны кровотечения, иногда смертельные, при которых отсутствуют источники кровотечения; приходится признавать лишь обильное паренхиматозное истечение крови.

Такой невыясненный случай беременности на 7 месяцев мне пришлось видеть. Кровотечение, жертвой которого оказалась еще молодая женщина, беременная на 7 мес., в данном случае было из носа.



### в) Эмболия

Чрезвычайно серьезным осложнением родов и послеродового периода, угрожающим внезапной смертью, является эмболия легких, т. е. закупорка легочной артерии или ее крупных ветвей. В зависимости от субстрата, различают воздушную, тромботическую и жировую эмболию.

Если в висящие вены какой-либо части тела (шейные, маточные вены, вены конечностей) всасывается воздух и пузырьки останавливаются в сердце или в легочной артерии (или в ее ветвях), то получается закупорка правого сердца или легочной артерии — воздушная эмболия.

Decio Cesare описал случай самопроизвольной гематомы брюшных покровов во время беременности (Pathologica, 1922, № 325. реф. в сб. Суд. - Мед. Эксп. № 2).

46-летняя беременная, на 6 месяце 10-й беременности, после 4-дневного постельного лежания по поводу легкого бронхита, во время приступа кашля почувствовала острую боль в левой нижней части живота, вслед затем развилось острое малокровие. При немедленной операции обнаружено огромное кровоизлияние в мышцах живота, распространявшееся вплоть до грудных мышц. Кровотечение было остановлено. Вскоре после операции наступил коллапс и смерть. На вскрытии не удалось установить источника кровотечения. Мышечные волокна были на большом протяжении разорваны. Общее малокровие. Хроническая недостаточность аортального и митрального клапанов, гипертрофия левого желудочка; легкий острый нефрит. Аорта гладкая. Автор приводит из литературы 8 случаев больших гемат. брюшн. покровов, в том числе 4 во время беременности, причем только описанный Decio окончился смертью.

В 2-х случаях гематома развилась непосредственно после родов. Связь с беременностью вероятна, но не выяснена. Поводом к кровотечению были легкие толчки, кашель.

См. также. Jeannin: Внезапная, или скоропостижная смерть женщины во время половой деятельности. Clinique. 1924, № 36. — Kühnel, Poul. Задыхание во время родов. Hospitalstidende № 37 1924 г. (на датском языке).

В данном случае смерть роженицы наступила через несколько минут после родов, при явлениях одышки и цианоза. На вскрытии обнаружена в средостении ниже бифуркации опухоль, на которой „сидело“ дыхательное горло. Опухоль оказалась пакетом творожисто перерожденных лимфатических желез. Причина смерти — сдавление дыхательного горла опухолью, особенно в лежащем положении женщины. Особенно усиливающие моменты — роды и многоводие.



Воздушная эмболия ведет к смерти от асфиксии, потому что пузырьки воздуха раздувают правый желудочек и препятствуют продвижению крови в достаточном количестве в легочную артерию. Мелкие пузырьки, смешиваясь с кровью, образуют пену, которая вызывает приступы одышки. Происхождение случаев воздушной эмболии во время родов одинаковое: с изменением внутрибрюшинного давления и всасыванием воздуха зияющими венами матки.

Известный в литературе случай, описанный в свое время Geo Cordwentom: Женщина быстро родила в стоячем положении, ребенком выпал на пол и потянул за собою послед. Вслед затем окружающие услышали звук, напоминающий полоскание глотки. Не прошло и минуты, как женщина громко вскрикнула, упала и тотчас умерла. На вскрытии была обнаружена воздушная эмболия. Küstner описал (1907 г.) случай воздушной эмболии при кесарском сечении в положении оперируемой по Тренделенбургу; Latzko (1916 г.) — при влагалищном кесарском сечении. В случае Lichtenstein'a (1920 г.) 15 часов после прохождения плодных вод был вложен метрейринтер для усиления схваток. Женщина внезапно упала; у нее появились подергивания рук, одышка, цианоз лица. Пульс отсутствовал, над сердцем слышен был шум. Больная была тотчас же приподнята верхней частью туловища, после чего одышка прекратилась, и женщина оправилась. В виду полного раскрытия маточного зева, подвижности головки и предлежания рядом с нею ножки, был произведен поворот на ножку, и ребенок был извлечен 51 см. длиною в 3250 гр. веса. Послед родился самостоятельно. Предлежания последа не было, так что отсутствовал этот благоприятствующий всасыванию воздуха момент. От быстрого поднятия верхней части туловища, всосавшийся в правый желудочек воздух попал в легочные артерии и капиллярные сосуды легочных алвеол, откуда выделился наружу.

Гораздо печальнее окончился случай, в котором мне пришлось принять участие в бытность мою в клинике Кюстнера. Этот случай опубликован другим ассистентом Кюстнера<sup>1</sup>.

40-летняя роженица, многорожавшая, доставлена в клинику в мое дежурство, со слабыми схватками. При исследовании я мог просунуть всю руку почти до локтевого сгиба, не обнаруживая нигде маточного зева или плодного пузыря, вместе с тем я испытывал ощущение большой тяжести на всей руке. С большим трудом мне удалось вместе с д-р Кюстнером дойти до шейки, которая была проходима на 2 пальца. Оказалось, что роженица подверглась по поводу выпадения матки операции вагинофиксации, при чем тело матки было пришито к передней стенке влагалища. Во время беременности увеличение матки шло за счет свободной задней стенки, которая чрезвычайно растянулась и потянула за собою вверх влагалище. В виду сильного отклонения матки кпереди, а шейки кзади, нельзя было рассчитывать на самостоятельные роды. В матку с огромными трудностями был вставлен метрейринтер, и на него повешен груз. По истечении некоторого времени метрейринтер выпал, и извлечена была ножка ребенка и на нее также подвешен груз. Ребенок родился на следующее утро. Через короткое время выделился послед. Вслед затем внезапно появились одышка, цианоз и последовала смерть.

На вскрытии установлена воздушная эмболия<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> D. Küstner, Mon. f. Geb. и Gyn. 1914, № 2.

<sup>2</sup> Для установления воздушной эмболии на трупе исследуют сердце в воде следующим образом. До вскрытия черепной полости грудная

г) Тр  
омбо-эмбол  
артерии или е  
данном случае  
Мы подробно  
то в качестве пер  
послеродово  
места и заноси  
артерию, закрыва  
наступает неме  
и закупоривае  
правиться.  
нительно часто  
вен, кроме дан  
клиник. Так, в  
ситетской клиник  
180 сл. (=0,91%)  
и нижних конеч  
на родильница ум  
был весьма незн  
ены vena saphena  
2 случаях была п  
ра (постепенное ус  
среди 1250 род  
нашел 64 случая  
деляется до уровня 2  
околосердечную сум  
Вскрывают правый  
сердца выделяются п  
околосерде  
из сердца сосуда  
сделать разрез пра  
гнилостных г  
за воздух извне.  
между половин  
случае возл  
мозга (пара  
Dissert. Fr



## г) Тромбо-эмболия легких

Тромбо-эмболией легких называется закупорка легочной артерии или ее ветвей тромбами, занесенными из вен, в данном случае — тазовых органов или нижней конечности. Мы подробно останавливались на тромбозе, описывая его в качестве первичного и важнейшего процесса гематогенной послеродовой инфекции. Тромб отрывается от своего места и заносится в правое сердце, а оттуда в легочную артерию, закрывая просвет. При закупорке крупного сосуда наступает немедленно смерть. Если тромб малого калибра и закупоривается мелкий сосуд, то женщина может еще оправиться.

Относительно частоты этого явления и наиболее поражаемых вен, кроме данных Илькевича, имеются данные иностранных клиник. Так, по данным Seipp'a, из Франкфуртской университетской клиники, среди 19693 родов (1910—1922 г.г.) было 180 сл. ( $=0,91\%$ ) тромбоза поверхностных и глубоких вен таза и нижних конечностей в послеродовом периоде, причем одна родильница умерла от эмболии легких (т. е.  $\%$  смертности был весьма незначителен). Главным образом, были поражены *vena saphena* ( $91\%$ ) и бедренная вена ( $5,6\%$ ).

В 12 случаях была продолжительная лихорадка. Симптом Малера (постепенное ускорение пульса) отмечен в 37 сл.<sup>1</sup> Eidels<sup>2</sup> среди 1250 родов при Кильской университетской клинике нашел 64 случая ( $=0,53\%$ ) послеродового тромбоза.

кость отделяется до уровня 2-го ребра и горизонтально отпиливается. Затем в околосердечную сумку производят малый разрез и наполняют ее водой. Вскрывают правый желудок. При наличии воздушной эмболии, из сердца выделяются пузыри воздуха. Можно поступить иначе: после вскрытия околосердечной сумки — перевязать все входящие и исходящие из сердца сосуды, извлечь сердце, опустить его в сосуд с водой и сделать разрез правого желудка.

При гнилом разложении трупа установить воздушную эмболию нельзя из-за гнилых газов в сердце, которые можно ошибочно принять за воздух извне. При воздушной эмболии воздух редко проникает в левую половину сердца, разве только при открытом овальном отверстии между предсердиями сердца.

В этом случае воздух может попасть в мозговые артерии и вызвать эмболию мозга (парадоксальную эмболию).

<sup>1</sup> Inaug. Dissert. Frankfurt a/M. 1924 г. Über Thrombosenbild im Wochenbett.

<sup>2</sup> Inaug. Dissert. Kiel, 1923 г. Über Thrombose u. Embolie im Wochenbett.



В 50% случаев была поражена *vena saphena*, в 30% — бедренная вена; причем левосторонние вены тромбозировались чаще правосторонних. Holzmann<sup>1</sup> (Цюрих) нашел среди 34000 родов, за 20-летний период времени от 1903 по 1922 г. — 211 сл. тромбоза и 274 флебита. 43 эмболии с 8 смертельными случаями. Средняя продолжительность постельного лежания 36-37 дней для тромбоза бедренной вены; 17 — для *venae saphenae*; 12 — для тромбоза вен голени<sup>2</sup>. Симптом Малера не имел значения.

Относительно происхождения тромбоза существуют различные мнения. Одни считают его исключительным результатом септического процесса, другие признают также асептический тромбоз. Не безынтересно припомнить, что известным Лейпцигским хирургом Тренделенбургом была предложена операция удаления тромба из легочной артерии. Операция замечательна своей продолжительностью: она должна быть произведена немедленно при появлении симптомов эмболии и продолжаться не более 45 секций, т. е. у постели каждой больной должен стоять хирург с ассистентурой и готовым операционным столом. В случае, приведенном Тренделенбургом, больная жила после удачно произведенной операции 6 минут.

Относительно момента наступления эмболии в период тромофлебита случаи крайне разнообразны. Эмболия встречается вскоре после родов и по истечении некоторого, иногда продолжительного, времени. Ольгаузен и Фейт наблюдали эмболию через 17 дней после родов. Hochenbichler<sup>3</sup> — через 30 дней.

<sup>1</sup> Thrombose u. Embolie im Wochenbett, Schweiz. med. Woch. 1924 г. № 25.

<sup>2</sup> Он же среди 2000 абортот нашел 28 сл. тромбоза тазовых вен (в инфекц. абортах).

<sup>3</sup> У 43-летней беременной на 5-ый день родовой деятельности были наложены щипцы; после разреза краев маточного зева и промежности извлечен живой младенец. Раны зажили первичным натяжением; никаких явлений — со стороны околоматочной клетчатки. С 10-го дня повышение температуры до 37,4°. Лохии нормальны. Рубец на промежности нормальный. Белка в моче — симптома Малера — нормально. На 29-й день осторожное внутреннее исследование показало нормальное обратное развитие матки.

д)  
эмболия мозга  
в качестве вторичного  
эмболического левостороннего  
клапанах попадающих  
кардитах малого ра  
артерий, но за  
характером и  
который впоследствии  
к внезапной сме  
таза, может попа  
круг кровооб  
крыто (парадоксаль  
Клинические явлен  
раличи, затем снов  
бо больная оправл  
Иногда этиология  
Тромбо-эмболии др  
встречаются реже. С  
ражеечной артери  
лания тонких кишек  
протяжении. Стр  
следующий день паци  
ступила неожиданно см  
установлена закупор  
разветвления с продол  
старый тромбоз. W  
кн. 6. 1927 г.  
Neumann, H. O. (Zent  
тая: 1 сл. 38-летняя  
потеряла сознание,  
8 дней наступила с  
мозга с размягче  
тромбоз правой  
24-летняя сифили  
правосторонн  
явл  
распростран  
с



### д) Эмболия мозга

Эмболия мозга встречается в послеродовом периоде в качестве вторичного процесса в результате язвенного или варикозного левостороннего эндокардита, когда отложения на клапанах попадают в мозговые артерии. „Эмболы“ при эндокардите малого размера и закупоривают просвет только мелких артерий, но зато они губительны своим инфекционным характером и вызывают инфекцию мозга — абсцесс, который впоследствии прорывается в желудочек мозга и ведет к внезапной смерти. Венозный тромб, занесенный из вен таза, может попасть непосредственно в мозг, обойдя малый круг кровообращения, если овальное отверстие открыто (парадоксальная эмболия).

Клинические явления эмболии мозга: потеря сознания, параличи, затем сновидное состояние, размягчение мозга; либо больная оправляется.

Иногда этиология эмболии — сифилис <sup>1</sup>.

Тромбо - эмболии других артерий в послеродовом периоде встречаются реже. Отметим вскользь эмболию верхней брыжжеечной артерии, ведущую к полному расстройству питания тонких кишек, которые некротизируются на большом протяжении. Странным образом этот процесс может

На следующий день пациентка села в автомобиль. Через 2 минуты наступила неожиданно смерть при явлениях легочной эмболии. Вскрытием установлена закупорка легочной артерии: Тромбоз на месте ее разветвления с продолжением тромбоза в обе ветви. В тазовых венах старый тромбоз. *Wien. med. Woch.*; реф. в *D. Z. f. d. g. g. Med.* T. 9, кн. 6. 1927 г.

<sup>1</sup> Neumann, H. O. (*Zentrbl. f. Gyn.* № 22, 1925 г.) описал недавно два случая: 1 сл. 38-летняя родильница через 8 дней после родов внезапно потеряла сознание, развился парез всей левой половины тела; через 8 дней наступила смерть. На вскрытии. эмболии обоих средних артерий мозга с размягчением левого полушария. Исходный пункт эмболии—тромбоз правой *venaе spermaticae*. Парадоксальная эмболия объясняется наличием щели в овальном отверстии сердца. 2 сл. Первые роды. 24-летняя сифилитичка. На 9-й день после родов в течение 3 часов правосторонний парез. Смерть наступила через 3 дня при прогрессирующих явлениях.

Вскрытие: тромбоз *sinus transversus, sagittalis, superior et longitudinalis*; распространенное кровоизлияние, особенно в области левого полушария с начин. энцефалитом.



протекать безболезненно и скрыто, так что трудно диагностируется. При развитии же распространенного некроза появляется внезапно коллапс, ведущий в течение нескольких часов или дней к смерти. Выше и ниже названной артерии отходят селезеночная, печеночная и почечные артерии, чаще подверженные эмболии.

#### е) Жировая эмболия

Закупорка легочных и др. артерий жировой тканью встречается при переломах костей с разможжением костного мозга и при эклямпсии (Шморл). Жир проходит через легочные капилляры в большой круг кровообращения и вызывает вторичную эмболию мозга, сердца и почек. Смерть наступает, обычно, через несколько дней. Устанавливается жировая эмболия микроскопическим исследованием пораженных органов (легких, мозга и проч.).

#### ж) Геморрагия

Из острых внутренних кровотечений, ведущих к внезапной смерти, встречается апоплексия мозга, как сопутствующее явление эклямпсии, и острая диффузная геморрагия поджелудочной железы, на которую впервые указал Zenker. Смерть наступает внезапно от давления излившейся крови на большие симпатические сплетения (полулунное и солнечное), вызывающего рефлекторное расстройство дыхания, сердца, сосудов и мозга.

#### з) Эклямпсия

Чрезвычайно тяжелое осложнение беременности, родов или послеродового периода представляют припадки клонических и тонических судорог с потерей сознания, назыв. эклямпсией. Припадки эклямпсии, напоминающие эпилепсию, встречаются почти исключительно у первобеременных, сопутствуются повышенным кровеносным давлением, отеками и наличием белка в моче. Количество и продолжительность судорог различна, в зависимости от сложности случая. Этиология эклямпсии неизвестна, хотя и имеется множество различных теорий.

Судебно-медицинское значение приобретают случаи скрыто протекающей эклямпсии, без судорог, т. е. без

важнейшего  
одним припа  
вызывают  
сильственной  
ствии внеза  
бранных Ка  
ности, 3 — во  
брал из лит  
судорог иног  
(Селецкий).<sup>2</sup>  
рактируются  
нениями, как  
ния в печен  
кровоизлия  
жировое пе  
причиной сме  
течение.  
Обычно, ин  
чеством припад  
резче и обильн  
Однако, изве  
находили сильн  
сих явлений бы  
области и нефр  
несоответствие ч  
одном случае из  
10 минут спустя  
а вскрытии полс  
геморрагическим не  
Следует помни  
эпилепсию, как м  
ров крупным п  
Zentrbl. f. G  
Gyn. et obs  
Thèse de  
Verhandl  
compia at  
et 24p  
25 me  
Mo



важнейшего внешнего признака, а также случаи эклампсии с одним припадком, после которого наступает смерть. Они всегда вызывают недоумение у окружающих и подозрение в насильственной смерти. Беременная при прекрасном самочувствии внезапно умирает. Из 30 подобных случаев, собранных Katz'ом, 13 женщин умерло во время беременности, 3 — во время родов и 14 — после родов. Chatillon<sup>1</sup> собрал из литературы 20 подобных случаев. Эклампсия без судорог иногда сопровождается повышением температуры (Селецкий).<sup>2</sup> На вскрытии случаи латентной эклампсии характеризуются теми же патолого-анатомическими изменениями, как эклампсия с припадками. Важнейшие изменения в печени, почках и сердце: многочисленные кровоизлияния и некрозы в печени и почках и жировое перерождение сердца. Непосредственной причиной смерти нередко является внутримозговое кровоизлияние.

Обычно, интенсивность изменений ставят в связь с количеством припадков: чем больше припадков, тем изменения резче и обильнее.

Однако, известны случаи, когда после одного припадков находили сильное разрушение печени, причем из клинических явлений были сильные боли головы, поджелудочной области и нефрит (Bouffe de St. Blaise<sup>3</sup>). Шморл<sup>4</sup> нашел несоответствие числа припадков и изменений в печени на одном случае из клиники Цвейфеля. Смерть последовала 40 минут спустя после единственного припадков судорог, а на вскрытии половина печени оказалась разрушенной геморрагическим некрозом.

Следует помнить, что эклампсия может быть принята за эпилепсию, как мне пришлось наблюдать в одном случае родов крупным плодом<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 14. 1920.

<sup>2</sup> Gyn. et obst. 1925, стр. 429.

<sup>3</sup> Thèse de Paris, 1891.

<sup>4</sup> Verhandl. d. d. Ges. f. Gyn. u. Geb. 1901. — См. также: J. P. Greenhill, Eklampsia at the Chicago Lying in Hospital. Journ. amer. med. assoc. 1924, от 24/VII. Среди 29587 родов было 83 сл. эклампсии - 0,28%; среди них 6 смертных - 7,7%.

<sup>5</sup> Mon. f. Geb u. Gyn. 1914. № 2, Лейбович, Über Riesenkind.



## и) Сепсис

Выше мы уже достаточно подробно разобрали родильную лихорадку и сепсис. В огромном большинстве случаев течение этой тяжелой и обычно смертельной болезни продолжается несколько дней или недель. Мы видим перед собою тяжело-больную женщину и наблюдаем с каждым днем ее угасание.

Но бывают и другие случаи: женщина, на вид совершенно здоровая, неожиданно для всех умирает и на вскрытии либо ничего не находят, либо весьма незначительные данные (например, несколько измененную селезенку). Диагноз сепсиса устанавливается исключительно бактериологически.

О таких случаях недавно писал Grich<sup>1</sup>.

1-й случай: 27-летняя на 4-м месяце 2-й беременности умирает внезапно. На вскрытии обнаруживается гнилостный эндометрит с мертвым плодом в полости матки. Входные ворота инфекции — повреждение влагалищной части матки при попытке плодизгнания. Увеличение селезенки и наличие стрептококков служат единственным указанием на сепсис.

2-ой случай: 24-летняя женщина, относительно которой имеются подозрения в искусственном аборте<sup>2</sup>, внезапно умирает. Кроме увеличенной селезенки, никаких макро- и микроскопических признаков сепсиса. Бактериологическим исследованием крови, взятой из сердца и селезенки, обнаружена чистая культура стрептококков. Ни в матке, ни в др. органах не найдено следов бывшей беременности. Несмотря на это, воспалительные явления стенки, состояние сосудов слизистой оболочки и истинное желтое тело говорят за бывший аборт.

## к) Менингит

Менингит может вызвать внезапную смерть в послеродовом периоде.

Иллюстрирую это случаем, сообщенным мне любезно д-ром Семеновским.

32-летняя крестьянка 8/VII — 27 г. родила на дому с бабкою. На 5 день почувствовала сильные головные боли. При приеме в больницу отмечено: рвота, судороги, бессознательное состояние, ригидность затылка, хореические подергивания рук и ног. Бесперывное беспокойство. Через 10 минут после поступления в больницу — смерть. На вскрытии: гнойный менингит; исходный пункт — гнойный эндометрит. В остальных органах никаких изменений.

<sup>1</sup> D. Z. f. d. g. g. Med., т. 5, кн. 4.

<sup>2</sup> В Германии аборт строго карается, поэтому он тщательно скрывается.



## л) Ш о к

Если все указанные и другие причины внезапной смерти (например, электрическую травму) можно исключить, то нам следует еще остановиться на так называемом шоке<sup>1</sup>.

Под шоком (shoc) понимают ослабление или остановку сердца под влиянием весьма острого чувства боли от сильного удара в грудь, живот, гортань и другие органы. Человек внезапно бледнеет и падает; конечности его холодеют, пульс слабеет, а иногда останавливается. В других случаях, напротив, происходит покраснение лица и дрожание тела, беспокойство. Через некоторое время организм приходит в нормальное состояние, но часто наступает смерть. При шоке больные находятся в сознании. Причину шока видят в рефлекторном действии на сердце пораженной (ударом) симпатической нервной системы (солнечного сплетения и др.). Роды, оперативное исследование, сопряженные с болью и страхом, могут вызвать шок. Бывали печальные случаи, когда беременные, во время операции аборта, оставались на столе, причем не было сильного кровотечения, ни малейшего повреждения матки, ни воздушной эмболии. Здесь возможно предположить действие шока, в особенности при патологическом сердце.

## м) Зобно - лимфатическое состояние

В последнее десятилетие, в качестве этиологического момента внезапной смерти, с шоком успешно конкурирует так наз. зобно - лимфатическое состояние (*status thymico-lymphaticus*).

В то время, как при шоке вовсе не находят органических субстратов, объясняющих внезапную смерть, и диагноз строится на исключении патолого - анатомических признаков, — *status thymico-lymphaticus* не лишен последних<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Rivière Marc: Существует ли родильный шок? *Rev. franc. de gynec. et d'obstetr.* 1924, № 15, стр. 457 — 489.

<sup>2</sup> В основе этой аномалии, распространенной, главным образом, среди лиц мужского пола, лежит характерное изменение зобной железы (*gl. thymus*) и лимфатического аппарата: увеличение и большой вес зобной жел., достигающий у взрослых 40 гр., вместо нормальных 25 гр.; гиперплазия мозгового слоя ее, на которую впервые указал



### 5. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Нормальный, физиологический процесс менструации сам по себе сопровождается у многих женщин недомоганием, нервностью, капризами, иногда психическим угнетением. О самоубийствах во время менструации мы упоминали. Во время беременности нервно-психические явления (чувство страха и угнетения, изменчивые настроения, психич. тяжеловесность, обмороки, головокружения) встречаются чаще, в особенности, если сам факт беременности не радует, а угнетает. Болезненные симптомы часто с течением времени пропадают, и беременная, при отсутствии чисто соматических жалоб, чувствует себя хорошо.

Настоящие психозы во время беременности редки и составляют незначительный % всех генерационных психозов (Siemerling, Anton). Психозами заболевают преимущественно первобеременные.

Hedinger. В нем находят огромные, почти всегда жирно перерожденные, тельца Гассалья. Селезенка также больше и тяжелее нормы (вместо ср. веса в 115 гр. (Нейгартен) — 250 гр. и выше), вследствие разрастания в ней лимфатической ткани. Часто встречаются разрастания сосочков на основании языка, увеличение миндалин, лимфатических желез кишечника и пр. Почки нередко увеличены и обнаруживают эмбриональную дольчатость. Червеобразный отросток иногда имеет эмбриональную воронкообразную форму. Часто сердце малого размера, аорта узка; но иногда умеренное расширение и гипертрофия левого желудка. Из изменений др. желез внутренней секреции отмечены: увеличение щитовидной железы, гипоплазия адреналовой системы надпочечников и половых желез. Наружные признаки лиц, принадлежащих к зобно-лимфатической конституции: высокий рост, длинные конечности, короткая шея, бледная и нежная кожа, бедность волосяного покрова, сильное развитие подкожного жира, при чем жир белее нормального. Является ли такой конституциональный тип, впервые описанный немецким судебным врачом Paltauf'ом, врожденным или приобретенным, вопрос еще спорный. Повидимому, возможно и то, и другое; тем более, что патологические изменения крайне различны у разных зобно-лимфатиков. Клинически важным симптомом его является ваготония (Eppinger, Hess, усиленный тонус блуждающего нерва) и увеличенная чувствительность к раздражениям.

Патологическое значение описываемой конституции заключается в большей чувствительности таких лиц ко всякого рода вредным влияниям, инфекционным болезням, хлороформному наркозу, душевным переживаниям. Шридде и Брезик отмечают особую чувствительность к поражениям электрическим током среднего и даже слабого



Большинство психозов — меланхолия; степень угнетения различна, от легкой задержки ассоциации, равнодушия и безучастия до тяжелого ступора, во время которого совершаются насильственные действия над собою и др. лицами.

Гораздо реже встречается мания, с особенной веселостью, говорливостью, эротическим поведением, раздражительностью и склонностью к импульсивным действиям.

У эпилептичек учащаются припадки; у экламптичек (эклампсия сравнительно редка во время беременности) — припадки расстройства сознания и спутанности, с последующей амнезией. Следует упомянуть о хоре беременных.

В послеродовом периоде психозы встречаются значительно чаще, чем во время беременности. Бывают кратковременные расстройства, продолжительностью в несколько часов, в форме бредового состояния, с галлюцинациями и иллюзиями, гневной раздражительностью, крикливостью, насильственными действиями (Anton). Но наиболее частая форма пuerperального психоза — аменция — острое галлюцинатор-

напряжения. Причину внезапной смерти при status thymico-lymphaticus („mors thymica“ старых авторов) следует искать, повидимому, в расстройстве химической корреляции органов внутренней секреции. Следует упомянуть, что некоторые выдающиеся ученые, напр. Lubarsch в последнее время отказываются признавать существование особой зобно-лимфатической конституции и ее патологическое значение.

Эта „конституция“, тем не менее, подтверждена многочисленными новейшими исследованиями и объясняет нам многие загадочные случаи внезапной смерти, что чрезвычайно важно для нас, судебных медиков. Большой % тимико-лимфатитов найден на трупах самоубийц. Для нашей специальной задачи важно отношение беременности и родов, которые предъявляют всегда повышенные требования к организму, а организм зобно-лимфатиков реагирует на такие требования особенно сильно. Приведу характерный случай: 26-летняя гр. П., нормально родившая 4-х детей, страдающая неврозом сердца, в остальном по виду здоровая, подверглась операции чревосечения по поводу внематочной беременности. В самом начале операции, от незначительного количества хлороформа, больная внезапно умирает. На вскрытии обнаружена большая зобная железа, увеличенная селезенка и узкая аорта, т. е. зобно-лимфатическая конституция, бывшая причиной внезапной смерти. Не зная мы про существование этой конституции и чрезмерной чувствительности к хлороформу, — сколько вышло бы разных предположений и о невнимательности хлороформатора, и о негодности хлороформа, и пр. и пр.



ное безумие (Horpe), которую Ziehen считает психозом истощения. Болезни могут предшествовать предвестники еще во время беременности: быстрая смена настроения, раздражительность, беспричинное беспокойство.

Развитие психоза острое — затемнение сознания, обманы чувств, раздражительность, склонность к насильственным действиям.

Другая форма психоза — кататония (монотонность представлений, поз и пр.) встречаются приблизительно в  $\frac{1}{3}$  генерац. психозов (Quensel и др.). Реже встречаются меланхолия и мания.

Генерационные психозы не представляют ничего характерного. В них специфичен лишь период беременности, родов и объект преступления — новорожденный, который подвергается насилию (детоубийство) при меланхолии и аменции.

Другие преступления: кражи, поджоги, оскорбления, насильственные действия, клевета; не особенно редки случаи самоубийства<sup>1</sup>.

#### 6. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, КАСАЮЩЕЕСЯ СУДЕБНО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Много внимания мы уделили вопросам, связывающим производительную деятельность женщины с судебной медициной. Разнообразие моментов, случаев, особенностей и возможностей открывает широкий горизонт практическому судебному работнику. Наше уголовное законодательство всемерно защищает неприкосновенность и интересы беременной и ее младенца. Наше гражданское и трудовое законодательство уделяет столько внимания беременной, как никакое другое законодательство в мире. Этим объясняется и многообразие судебно-медицинских случаев, и большое количество статей кодексов, посвященных охране производительной способности женщины.

<sup>1</sup> Bischoff, Arch. f. Krim. — Anthropol. 1908, кн. 2 — 3 т. 29. — Siemering, Charité — Annalen, т. 14.



к определению беременности и бывших родов в судебной практике обращаются весьма часто, главным образом, в следующих случаях:

1) Для получения ряда льгот и освобождения от тяжелых работ (см. Код. Закон. о труде).

2) В алиментных делах при установлении отцовства и вытекающих отсюда взаимоотношений.

3) В случаях насилия над беременными, так как беременность является отягчающим вину обстоятельством, ибо может повести к более тяжелым последствиям как для матери, так и для плода.

4) Когда беременность осужденной является препятствием к отбытию ею наказания.

5) При присуждении беременной к высшей мере наказания (расстрел) (см. ст. 22 УК РСФСР, 21 УК УССР).

Кроме того, приходится иногда определять, была ли у исследуемой вообще беременность, устанавливая признаки бывших родов, срочных или досрочных (аборта, преждевременных родов) в следующих случаях:

1) Ложно утверждаемой или преднамеренно скрытой беременности.

2) Отождествления личности.

3) Изнасилования.

4) Совращения лиц, не достигших половой зрелости, малолетних, несовершеннолетних и душевно-больных.

5) Подозрения на сокрытие трупа новорожденного.

6) Подозрения на аборт (при наличии моментов, предусмотренных ст. 140 УК РСФСР и ст. 143 УК УССР).

7) Оставления младенца в беспомощном состоянии.

8) Детоубийства и проч.

## УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС УССР РЕДАКЦИИ 1927 г.

Ст. 21. Примечание 2. Расстрел не может быть назначен и применен к лицам, не достигшим 18-летнего возраста в момент совершения преступления, а также к женщинам, находящимся в состоянии беременности.

Ст. 44. Более мягкая мера социальной защиты определяется судом, если преступление было совершено:

д) под влиянием сильного душевного волнения;

е) в состоянии голода, нужды и вообще под влиянием тяжелых личных и семейных условий;

ж) по невежеству, неосознанности или случайному стечению обстоятельств;

з) лицом, не достигшим совершеннолетия или в состоянии беременности.

Ст. 138. Умышленное убийство, совершенное:

д) лицом, на обязанности которого лежит особая забота об убитом,

е) с использованием беспомощного положения убитого,

ж) женщины, заведомо беременной, влечет за собою — лишение свободы со строгой изоляцией на срок до десяти лет.

Ст. 140. Умышленное убийство, совершенное в состоянии сильного волнения, вызванного противозаконным насилием или тяжелым оскорблением со стороны потерпевшего, —

— лишение свободы на срок до 5 лет.

Ст. 142. Убийство матерью своего новорожденного ребенка тотчас или вскоре после родов

— лишение свободы на срок до трех лет.

Ст. 143. Совершение с согласия матери изгнания плода или перерыва беременности лицами, не имеющими надлежаще удостоверенной медицинской подготовки или хотя бы и имеющими таковую, но не в надлежащих условиях —

— лишение свободы на срок до одного года.



Если эти действия производились в виде промысла или без согласия матери или имели последствием ее смерть—

— лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 157. Похищение, сокрытие или подмен чужого ребенка с корыстной целью, из мести или иных личных видов—

— лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 158. Оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни положении и лишенного возможности самосохранения по малолетству, дряхлости, болезни или вследствие иного беспомощного состояния, если оставивший без помощи обязан был иметь заботу об оставленном и имел возможность оказать помощь—

— лишение свободы на срок до одного года или принудительные работы на срок до шести месяцев.

Ст. 161. Злостное, несмотря на имеющуюся к тому возможность, уклонение от платежа присужденных судом средств на содержание детей —

— лишение свободы или принудительные работы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей.

Оставление родителями малолетних детей без необходимой поддержки, а равно эксплуатация детей путем понуждения их к занятию нищенством — та же мера социальной защиты.

## КОДЕКС ЗАКОНОВ О СЕМЬЕ, ОПЕКЕ, БРАКЕ и ОБ АКТАХ ГРАЖДАНСКОГО СОСТОЯНИЯ СССР

Раздел I. О семье. Общие положения.

Ст.ст. 1—12. Вопросы отцовства.

О браке.

Ст. 109. Брачный возраст определяется: для женщин — 16 лет, для мужчин — 18.

Ст. 115. Брак, заключенный до достижения вступившими в него лицами брачного возраста (ст. 109), недействителен, за исключением случаев:

б) когда брак имел последствием рождение ребенка или беременность жены.

## КОДЕКС ЗАКОНОВ О СЕМЬЕ, ОПЕКЕ И БРАКЕ РСФСР

Ст. 5. Брачный возраст устанавливается в восемнадцать лет.

Ст. 6. Не подлежат регистрации браки: а) между лицами, из которых хотя бы одно состоит уже в зарегистрированном или незарегистрированном браке, б) между лицами, из которых хотя бы одно признано в установленном законом порядке слабоумным или душевнобольным, в) между родственниками по прямой восходящей или нисходящей линии, а также между полнородными и неполнородными братьями и сестрами.

Ст. 7. При регистрации брака супруги могут сделать заявление о своем желании носить общую фамилию мужа или жены, или остаться при своих добрачных фамилиях.

Ст. 28. В целях защиты интересов ребенка, матери предоставляется право в период беременности или после рождения ребенка подать заявление об отце ребенка в местный орган записи актов гражданского состояния по своему местожительству, указывая имя, отчество, фамилию и местожительство отца ребенка.

Ст. 29. О поступившем заявлении орган записи актов гражданского состояния извещает лицо, названное в заявлении отцом. Если от последнего в течение месячного срока со дня получения им извещения не поступит возражения, то это лицо записывается отцом ребенка. В течение годичного срока со дня получения извещения от органа записи актов гражданского состояния лицо, указанное в качестве отца, может возбудить в суде спор против матери ребенка и неправильности ее заявления.

30. С заявлением о  
31. Если суд призна  
в заявлении (ст. ст.  
постановление и н  
связанных с бер  
ребенка, а равно и  
месячного срока по  
32. Если суд при ра  
ребенка в период  
указанного в ст. 28 на  
то суд постановляет ро  
ребенка и возлагает  
Кодекса.

## УГОЛОВ

22. Не могут быть при  
дцатилетнего возраста  
находящиеся в сос  
48. Признаются смягча  
той или иной меры со

хотя и с превышением  
от посягательства на  
или личность и пр  
в первый раз;  
по мотивам, лишенным

под влиянием угрозы, пр  
зависимости;  
под влиянием сильного д  
в состоянии голода, нужд  
или семейных условий;  
по невежеству, несозна

ством, не достигшим сове  
менности.

40. Совершение с согла  
ими на это надлежаще  
шение такую, но в прот  
или штраф до пятисот ру  
эти действия производил  
ее смерть, —

Заведомое оставление  
жизни состояния, ли  
своей беспомощности  
обязан был иметь забот  
помощь, —

шестот рублей. работ  
лица, обязан помо  
завилу, —

шестот рублей.



Ст. 30. С заявлением об установлении отцовства после рождения ребенка мать ребенка имеет право также обратиться в суд.

Ст. 31. Если суд признает, что отцом ребенка является лицо, указанное в заявлении (ст. ст. 28 и 30 настоящего Кодекса), он выносит об этом постановление и налагает на отца обязанность участвовать в расходах, связанных с беременностью, родами, рождением и содержанием ребенка, а равно и матери ребенка в течение ее беременности и шестимесячного срока после родов.

Ст. 32. Если суд при рассмотрении вопроса об отцовстве установит, что мать ребенка в период зачатия была в половых сношениях, кроме лица, указанного в ст. 28 настоящего Кодекса, еще и с другими лицами, то суд постановляет решение о признании одного из этих лиц отцом ребенка и возлагает на него обязанности, предусмотренные ст. 31 Кодекса.

## УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РСФСР

Ст. 22. Не могут быть приговорены к расстрелу лица, не достигшие восемнадцатилетнего возраста в момент совершения преступления, и женщины, находящиеся в состоянии беременности.

Ст. 48. Признаются смягчающими обстоятельствами, при определении той или иной меры социальной защиты, если преступление совершено:

а) хотя и с превышением пределов необходимой обороны, но для защиты от посягательства на Советскую власть, революционный порядок или личность и права обороняющегося или другого лица;

б) в первый раз;

в) по мотивам, лишенным корысти или иных низменных побуждений;

г) под влиянием угрозы, принуждения, служебной или материальной зависимости;

д) под влиянием сильного душевного волнения;

е) в состоянии голода, нужды или под влиянием стечения тяжелых личных или семейных условий;

ж) по невежеству, неосознанности или случайному стечению обстоятельств;

з) лицом, не достигшим совершеннолетия, или женщиной в состоянии беременности.

Ст. 140. Совершение с согласия матери изгнания плода лицами, не имеющими на это надлежащей медицинской подготовки или хотя бы и имеющими таковую, но в противосанитарной обстановке, —

лишение свободы или принудительные работы на срок до одного года или штраф до пятисот рублей.

Если эти действия производились в условиях, указанных в первой части статьи, в виде промысла или без согласия матери или имели последствием ее смерть, —

лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 156. Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни состоянии, лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, дряхлости, болезни, и или вообще, вследствие своей беспомощности, в случаях, если оставивший без помощи обязан был иметь заботу об оставленном и имел возможность оказать помощь, —

принудительные работы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей.

Ст. 157. Неоказание помощи больному без уважительных причин со стороны лица, обязанного ее оказывать по закону или по специальному правилу, —

принудительные работы на срок до одного года или штраф до трехсот рублей.



Отказ лица, занимающегося медицинской практикой, от оказания медицинской помощи, если таковой заведомо мог иметь опасные для больного последствия, —

лишение свободы или принудительные работы на срок до одного года или штраф до одной тысячи рублей.

Ст. 158. Злостное, несмотря на имеющуюся к тому возможность, уклонение от платежа присужденных судом средств на содержание детей, —

лишение свободы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей.

Оставление родителями малолетних детей без всякой поддержки, а равно понуждение детей к занятию нищенством, —

те же меры социальной защиты.

Ст. 161. Клевета, т. е. распространение заведомо ложных, порочащих другое лицо измышлений, —

принудительные работы на срок до шести месяцев или штраф до пятисот рублей.

Клевета в печатном или иным способом размноженном произведении, —

принудительные работы на срок до одного года или штраф до одной тысячи рублей.

Причины. Б.  
выкидыш. Д. П.

Как извест  
своего норма  
преждевремен  
жит в течение  
не аборт а,  
ается до сро  
преждевре  
При прежде  
лины и в 130  
нях (хорошем  
ки выжить вн  
то младенец ж  
нутриутробного  
живых, а быс  
В судебной  
росов, — явила  
ежизнеспос  
ошном состояни  
могущих иметь д  
ребовать нескол  
рения жизнеспос  
сти плода, а  
Из д



## VIII. АБОРТ

А. Причины. Б. Искусственный выкидыш. В. Статистика. Г. Умышленный выкидыш. Д. Последствия аборта. Е. Диагностика. Ж. Симуляция аборта. З. Казуистика. И. Законодательство.

Как известно, беременность очень часто не доходит до своего нормального конца, а прерывается раньше срока, преждевременно. Если прекращение беременности происходит в течение первых 7 месяцев, то такие роды носят название аборта, или выкидыша. Если беременность прерывается до срока, но после 7 месяцев, то роды называются преждевременными.

При преждевременных родах младенец рождается 35 см. длины и в 1300 гр. весом. При весьма благоприятных условиях (хорошем уходе, теплом помещении и пр.) он в состоянии выжить вне материнского организма; тогда мы говорим, что младенец жизнеспособен. До 7-мимесячного срока внутриутробного развития родившийся плод не остается в живых, а быстро умирает, — он нежизнеспособен.

В судебной медицине, ввиду возникающих иногда вопросов, — явилась ли смерть недоношенного младенца от нежизнеспособности или от оставления его в беспомощном состоянии, мы, во избежание юридических ошибок, могущих иметь для матери роковые последствия, склонны требовать несколько большей степени развития для установления жизнеспособности; мы принимаем не 28-недельную беременность, а 30-недельную за предел нежизнеспособности плода.

Из литературы известны крайне редкие случаи, когда младенцы, весом в 900 гр. и меньше, выживали. Об этом имеются прекрасные исследования Ahlfeld'a и др. В моей клинической практике родились 7-мимесячные близнецы, каждый длиною в 32 см. и весом в 810 и 800 гр. Несмотря на весьма тщательный уход и хорошие условия, один младенец умер на 3-й день, а другой жил некоторое время



и умер (перед самым заседанием Бреславльского Гинекологического Общества, на котором я намеревался его демонстрировать).

#### А. ПРИЧИНЫ ДОСРОЧНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Досрочное прерывание беременности может произойти самопроизвольно, благодаря искусственному вмешательству или несчастному случаю, т. е. бывают внутренние или внешние причины.

Досрочное изгнание плода обуславливается преждевременным наступлением маточных сокращений, т. наз. схваток. Все моменты, выводящие матку из состояния покоя к деятельности, ведут к аборту или к преждевременным родам. Причинами являются заболевания матки или плодного яйца. Мускулатура матки может находиться в воспалительном состоянии; уродства развития, неправильное положение или опухоли матки имеют важное значение. Ненормальное гистологическое строение слизистой оболочки матки или ненормальный химический состав (например, отсутствие гликогена и проч.) могут препятствовать правильному прикреплению плода и последа и вызвать его отслойку.

Во всем организме могут произойти изменения, вызывающие маточные сокращения. Здесь следует отличить чрезмерное содержание в крови углекислоты, обусловленное болезнями сердца и легких, высокой температурой крови при лихорадочном состоянии (например, сыпном тифе или скарлатине). Со стороны плода доминирующую роль играет сифилис, а затем и др. инфекционные процессы, которые прежде всего убивают плод; появление же родовой деятельности является последствием его смерти.

Иногда сифилис сохраняет свое губительное действие и в последующие беременности. Так, повторное преждевременное прерывание беременности (так. наз. привычный аборт) чаще всего обусловлено сифилисом. Затем причинами являются воспаление почек, смещение матки, разрывы шейки и друг.

Все внутренние моменты, нарушающие нормальное течение беременности, вызывают кровотечения и схватки, которые сопровождаются отделением и изгнанием плодного яйца. Плод при этом может не пострадать и родиться живым,

незрелым, в степени своего  
Но иногда не у  
ности, даже  
менты, мы впра  
сней секреции.  
Среди внешних  
ующие непосред  
ыми орудиями и  
тки, удары в н  
вание тела огр  
одным оружием,  
лом, рогами жи  
я вскрывает плод  
Как мы уже гово  
гидравлического  
стенки (полный  
рыв; б) разрыв  
отхождением плодн  
стойка последа. Де  
ражения брюшног  
ет вызвать воспал  
ывание крови в де  
к появлению сх  
еском отношении  
ждения вод непос  
Daniel 1 приводит  
ая повреждений бере  
инструментами, ро  
Проникающие по  
обычно сопровождаю  
вод. В резу  
через образования, пре  
образовавшееся  
ующую полость. П  
тем кровотоке. П  
реже, чем да  
отодвигаются кверху  
Общая смертность  
22%, смертность  
ранений беремен  
случаях повре  
случаями. Р  
si obst



жизнеспособным или нежизнеспособным — в зависимости от степени своего развития.

Но иногда не удастся открыть причины перерыва беременности, даже повторного; исключив все возможные моменты, мы вправе подумать о расстройстве органов внутренней секреции.

Среди внешних причин следует отметить травмы, действующие непосредственно или косвенно на матку. Травмы тупыми орудиями или оружием наиболее часты: сильные толчки, удары в нижнюю часть живота и при падении, сдавление тела огромными тяжестями. Раны, нанесенные холодным оружием, заключаются в распарывании живота: стеклом, рогами животных и проч. При огнестрельных ранах пуля вскрывает плодный пузырь.

Как мы уже говорили в главе о разрыве матки, по законам гидравлического давления может произойти: а) разрыв всей стенки (полный разрыв), либо (очень редко) неполный разрыв; б) разрыв плодных оболочек (плодного пузыря) с отхождением плодных вод, либо в) частичная или полная отслойка последа. Действие небольшой силы (усиленного напряжения брюшного пресса) при поднятии тяжести вверх может вызвать воспалительный и некротизирующий процесс, свертывание крови в децидуальной оболочке матки, ведущие затем к появлению схваток и изгнанию плода. В диагностическом отношении важно появление кровотечения или отхождения вод непосредственно после несчастного случая.

Daniel<sup>1</sup> приводит из литературы 45 случаев и собственных 2 случая повреждений беременной матки, вызванных колющими и режущими инструментами, рогами и копытами животных и огнестрельным оружием. Проникающие повреждения стенки матки и яйцевых оболочек обычно сопровождаются кровотечением наружу и истечением околоплодных вод. В результате повреждения беременность, за весьма редкими исключениями, прерывается. При более обширных ранениях матки через образовавшееся отверстие выпадают части плода или весь плод в брюшную полость. При этом повреждения плода весьма часты; сопутствующие кровотечения других внутренних органов брюшной полости тем реже, чем дальше продвинулась беременность. В более поздний срок беременности, когда с ростом матки внутренние органы отодвигаются кверху, повреждения последних — относительно реже. Общая смертность проникающих повреждений беременной матки — 22%, смертность плода — 59%. Gellhorn собрал 23 случая огнестрельных ранений беременной матки со смертностью в 22%, Harris — 20 случаев повреждений беременной матки рогами коров с 4 смертными случаями. В 41% (повреждения происходили в течение

<sup>1</sup> Ginec. si obstetr. 1922, т. 1, № 2.



последних 3-х месяцев беременности) — родились живые дети. При ранениях инструментами мелкого калибра беременность могла быть донесена до нормального конца. Последствия заживлений проникающих ран матки были удовлетворительны; женщины повторно беременели.

По данным Daniel'я, проникающие повреждения беременной матки менее опасны, чем небеременной. Во всяком случае те и другие повреждения следует признать тяжкими. Повреждения беременной матки в большинстве случаев требуют хирургической помощи — при обширных повреждениях или подозрении на внутреннее кровоизлияние, или повреждение кишечника.

Интересно, по данным Daniel'я, что не каждая проникающая рана матки обязательно ведет к прерыванию беременности. Бывали случаи, когда (в течение первых четырех месяцев) выпадала часть последа или пуповины. Выпавшую часть вправляли обратно в полость матки, и рана с успехом заживала.

Длительные и чрезмерные физические напряжения могут повести к выкидышу. Никким образом нельзя отрицать возможность появления кровотечения и схваток, свидетельствующих о повреждениях и отслойке плодного яйца, хотя таким причинам (тяжелый под'ем) женщины склонны придавать большее значение, чем бы следовало. Но гораздо чаще беременные стараются уверить других лиц в этой причине, когда аборт, на самом деле, был произведен искусственно. Прежде, когда тайна аборта особенно оберегалась (как в настоящее время в Западной Европе), врачу чаще приходилось слышать всякого рода измышления о причинах аборта, у нас же в настоящее время для этого мало мотивов. К травме следует причислить хирургические операции, связанные с шоком, кровотечением или осложненные инфекцией. Удаление обоих яичников также, как правило, ведет к преждевременному прекращению беременности. В данном случае играют, повидимому, роль еще невыясненные условия расстройства внутренней секреции, быть может, выпадение защитительной функции истинного желтого тела, опекающей беременность<sup>1</sup>.

В общем отмечено, что беременными хорошо переносятся серьезные операции, даже на беременной матке (вылущение

<sup>1</sup> См. работы Loeb'a.



опухолей). Операции же на шейке матки, влагалище, наружных половых органах, грудях и червеобразном отростке легче вызывают преждевременные схватки.

Известный электропатолог S. Jellinek<sup>1</sup> на основании своих опытов над животными пришел к выводу, что беременные самки оказывают не меньшее сопротивление электрической травме, чем небеременные животные того же вида. Ему не удалось, экспериментально умерщвляя беременную самку, одновременно убить плод.

Рентгеновские лучи, широко применяемые в медицине с лечебной или диагностической целью, при энергичном воздействии (твердые лучи, продолжительное просвечивание) могут вызвать аборт.

У чувствительных особ психические травмы (быстро переживаемые психические раздражения, аффекты, как, напр., испуг, сильное внезапное горе и пр.) рефлекторно могут вызывать схватки и аборт. Мне известен случай, когда совершенно здоровая беременная, желавшая ребенка, получив известие о смерти отца, через несколько часов почувствовала боли и кровотечение, закончившиеся 2-хмесячным абортом. Через три месяца она вновь забеременела и нормально родила.

Течение преждевременного прекращения беременности зависит от срока последней.

В течение первых 3-х месяцев плод вряд ли играет роль в качестве объекта изгнания (Бумм).

Благодаря сокращениям матки, шейный канал открывается, маточный зев расширяется. Вместе с тем происходит смещение стенки матки, к которой прикреплен послед. Результат: частичная отслойка последа, вызывающая кровотечение из открытых сосудов. Кровотечение является самым характерным признаком аборта, независимо от причин его.

Благодаря повышенному внутриматочному давлению, под влиянием сокращений, лопается плодный пузырь. Но так как в начале беременности плодной жидкости мало, то она

<sup>1</sup> Beiträge zur ger. Med. т. 6, 1924 г. На основании своих наблюдений над беременными женщинами, пораженными молнией, и опытами над животными с токами высокого напряжения, Jellinek приходит к выводу, что искусственное дыхание может спасти и мать, и ребенка; у беременных животных, напротив, он рекомендует кесарское сечение.



может излиться незаметно. При раскрытии маточного зева в палец шириною, 2-хмесячный плод может незаметно проскользнуть. Многие женщины не замечают выпадения плода, теряя его часто в уборной при дефекации. Когда они обращаются к врачу по поводу кровотечения, то часто в матке находятся одни плодные оболочки. Слизистая оболочка матки в первые месяцы мощно разрастается и представляет собою вместе с оболочками толстостенный, рыхлый мешок. Благодаря схваткам (т. е. сокращениям матки), происходит отслоение децидуальной оболочки и кровотечение. По достаточном раскрытии шейечного канала, децидуальная оболочка с находящимся в ней плодным яйцом (с зародышем или без него, если он раньше выделился) проталкивается из полости матки наружу. В первые месяцы беременности плодное яйцо при самопроизвольном аборте часто изгоняется целиком, окутанное отпадающей оболочкой. Схватки прежде всего отделяют истинную и базальную отпадающие оболочки.

Когда яйцо освободилось по всей поверхности и лежит в полости, как инородное тело, после раскрытия внутреннего зева оно вступает в шейечный канал и проскальзывает у повторно беременных, обычно, без задержки через зияющий наружный зев. У первобеременных неподатливый наружный зев иногда задерживает плодное яйцо в верхней расширенной части шейки: получается шейечный аборт. В конце 3 или на 4-ом месяце механизм родов несколько иной: отпадающая оболочка постепенно отслаивается, плодное яйцо проталкивается к выходу; затем отслаиваются ниже лежащие части слизистой. С 4 и 5 месяцев истинная отпадающая оболочка становится очень тонкой и срастается с decidua reflexa (заворачивающей оболочкой). Схватки менее действуют на децидуальную оболочку, кровотечение слабее; плодный пузырь разрывается, и плод изгоняется отдельно, а затем следует послед и плодные оболочки.

Во второй половине беременности роды протекают так же, как срочные: после раскрытия шейки вставляется пузырь, а после отхождения вод родится плод; после него послед с плодными оболочками.

Очень часто аборт, однако, протекает иначе: кровотечение бывает очень сильное, особенно на 2-м или 3-м месяце. Кровь сочится непрерывной струйкой из половых органов или же выделяется огромными сгустками, доводя женщину до сильной степени малокровия. Но к счастью, в огромном большинстве случаев, кровотечение само собою останавливается, вследствие падения кровяного давления, так что смерть от истечения кровью при выкидыше (в остальном здоровой женщины) весьма редка. Обычной причиной сильного кровотечения являются повреждения плацентарного места инструментами, низкое прикрепление последа, фунгозный эндометрит, вялость матки (атония), слабость схваток при хроническом метрите, пузырьный занос и др. Кровотечение может стать опасным при затяжном характере выкидыша, когда изгнание содержимого матки и децидуальной оболочки продолжается долгое время и происходит по частям, т. е. при задержке последа или оболочки, при так называемом незаконченном аборте.

При этом кровото...  
...грубое тело...  
...и малоразли...  
...занос (см...  
...гемоглобин вышел...  
...вид, превраща...  
...В других случа...  
...и погибш...  
...симптомов в течени...  
...оно сморщива...  
...стенкой матки, п...  
...Очень часто пло...  
...изгоняется, а...  
...выкидыш (или незак...  
...углах, а остатки...  
...в дальнейшем, под...  
...ствительно выделитьс...  
...ый полип. Если...  
...ходят в задержанн...  
...ожения), то возник...  
...При гнилостных м...  
...зловонное выделе...  
...весь процесс прек...  
...полость внесены гн...  
...др.), обладающие...  
...на сепсиса, на чем м...  
...Септическая инфек...  
...осложнением аборт...  
...Все лечебные ме...  
...используемые для ликвид...  
...понятие оказани...  
...устраняются, конеч...  
...родство аборта", п...  
...Б. ИСКУ...  
...Самопроизвольный...  
...исходят относительно...  
...искусственн...  
...женщину от...  
...считается прес...  
...Иногда такой искус...  
...здоровья бере...  
...ухудшаются...  
...сердца, почек...  
...заболеваний...  
...Pathologie der Sc...  
...1925 г...  
...E. Невр...  
...Geb. u. Gyn...



При этом кровоточит не только наружу, но и во внутрь плодного яйца, пронизывая последнее. Из плодного яйца образуется бесформенное, грубое тело, состоящее на разрезе, главным образом, из сгустков крови и малоразличимых плодных оболочек и плода, так наз. крова- ной занос (см. также внематочную беременность). Со временем гемоглобин выщелачивается, масса принимает более светлый и мясис- тый вид, превращается в так наз. мясистый занос.

В других случаях схватки и кровотечение прекращаются, шейка за- крывается, и погибшее плодное яйцо остается в матке, не давая никаких симптомов в течение нескольких месяцев. Вследствие всасывания жид- кости, оно сморщивается. Послед еще некоторое время сохраняет связь со стенкой матки, питается и перерастает по степени развития плод.

Очень часто плод с мешком и большей частью децидуальной обо- лочки изгоняется, а часть последа задерживается в матке неполный выкидыш (или незаконченный). Частицы последа обычно лежат в труб- ных углах, а остатки слизистой оболочки — на передней и задней стенках. В дальнейшем, под влиянием схваток, остатки оболочки могут само- стоятельно выделиться либо образовать внутриматочный плацентар- ный полип. Если внесена инфекция в полость матки (микробы находят в задержанных массах благоприятную почву для своего раз- множения), то возникает картина септического аборта.

При гнилостных микробах остатки начинают гнить; вскоре появля- ется зловонное выделение и лихорадка. После удаления гнилостных масс, весь процесс прекращается: матка очищается и исцеляется. Если же в полость внесены гноеродные микробы (стрептококки, стафилококки или др.), обладающие инвазивными свойствами, то развивается кар- тина сепсиса, на чем мы уже выше подробно останавливались.

Септическая инфекция с многообразными явлениями является неред- ким осложнением аборта.

Все лечебные меры (консервативные и оперативные), при- нимаемые для ликвидации уже наступившего аборта, подходят под понятие оказания медицинской помощи, и на них не рас- пространяются, конечно, термины „плодоизгнание“ или „про- изводство аборта“, предусмотренные уголовными кодексами.

## Б. ИСКУССТВЕННЫЙ ВЫКИДЫШ

Самопроизвольный выкидыш или преждевременные роды происходят относительно редко. Несоизмеримо чаще встре- чается искусственный выкидыш, производимый с целью избавиться женщину от беременности. Такой выкидыш на Западе считается преступным и строго преследуется.

Иногда такой искусственный выкидыш определяется со- стоянием здоровья беременной. Существуют болезни, которые значительно ухудшаются во время беременности — болезни легких, сердца, почек, глаз, нервные и другие.<sup>1</sup> Причина других заболеваний заключается в самой беременности —

<sup>1</sup> Pathologie der Schwangerschaft. Handb. der Geburtsh, Döderlein II том, 1925 г.

Мeyer, E. Невропсихиатр. показания к стерилизации женщины. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1925, кн. 1—2.



неукротимая рвота беременных, злокачественная анемия, остеомалация, эклампсия. Далее, существуют пороки развития или смещения половых органов женщины, исключая возможность нормальных родов без сложных и рискованных операций: узкий таз, смещения матки, опухоли и др. Тогда приходится прибегнуть к выкидышу или преждевременным родам. Во всех этих случаях врач со спокойной совестью жертвует жизнью внутриутробного плода ради спасения жизни и здоровья матери<sup>1</sup>.

Но огромное большинство выкидышей производится, не по медицинским показаниям, а в силу социальных условий быта, и перед ними все остальные мотивы численно ступеваются. Так, по данным сб. „Аборты в 1925 г.“ (изд. Ц. С. У. 1927 г.), легализов. аборты производятся по следующим мотивам:

#### Мотивы абортов

Местности	Недосток материальных средств	Болезненное состояние	Желание скрыть беременность	Наличие грудных детей	Итого
Губернские города .	66,4 %	19,3 %	1,6 %	12,7 %	100
Прочие города . . .	59,1 „	32,8 „	2,9 „	5,2 „	100
Сельские местности .	58,2 „	29,7 „	7,3 „	4,8 „	100

О материальных причинах, свидетельствующих отношении числа abortирующих бездетных матерей (около 20 %) к числу имеющих детей, показывает следующая таблица (сб. „Аборты в 1925 г.“):

Местности	Бездетные	И м е ю щ и е				Итого
		1 реб.	2 дет.	3 дет.	4 дет.	
Губернские города .	18,8	33,3	22,5	12,1	13,3	100
Прочие города . . .	19,4	31,8	22,4	12,3	14,1	100
Сельские местности .	21,6	19,2	19,8	14,7	24,7	100

<sup>1</sup> К. К. Скробанский. Иск. прерыв. беремен. по медиц. показаниям. Т. 34, кн. 2, Ж. Ак. и Ж. 6.

Аборты в св

которая беременн  
по счету

1-я беременность

2-я "

3-я "

4-я и больше бе  
менность . . .

Итого

В то время, ка

показаниям произ

гинекологической

со последнего вре

ами, профессиона

самими беременны

составлявших им как

медицинском мире -

тии женщины, у

В настоящее вре

крыта широкая

меньшения количе

водимых в грязн

детно беременны

Что это так и есть,

нительно понижени

ации (в послеродо

аборта):

Смертность от пос

Г о д ы

1922

1923

1924

1925



## Аборты в связи с количеством беременностей:

Которая беременность по счету	Губ. города		Прочие города		Сельские местности	
	Всего абортов	Из них повторн.	Всего абортов	Из них повторн.	Всего абортов	Из них повторн.
1-я беременность . .	10,3	—	10,8	—	12,6	—
2-я " . .	19,1	3,3	19,2	2,4	14,5	2,4
3-я " . .	17,6	6,9	17,6	5,5	13,7	3,4
4-я и больше бере- менность . . . . .	53,0	31,8	52,4	26,9	59,2	23,4
Итого . .	100	42,0	100	34,8	100	29,2

В то время, как искусственный выкидыш по медицинским показаниям производится лишь врачами, в виде стерильной гинекологической операции, социальный аборт производился до последнего времени преимущественно бабками, акушерками, профессионалками - абортистками и знахарями или же самими беременными, иногда при участии других лиц, доставлявших им какое-либо средство. Здесь — в полу- и немедицинском мире — открывается широкий простор эксплуатации женщины, угнетенной беременностью.

В настоящее время, когда аборт разрешен, и женщине открыта широкая дорога в больницы, следует ожидать уменьшения количества „тайных“ и вредных абортов, производимых в грязных вертепах лицами, дающими „советы секретно беременным“<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Что это так и есть, показывают сл. данные из сб. „Аборты в 1925 г.“ относительно понижения смертности в Ленинграде от послеродовой инфекции (в послеродовую инфекцию включены случаи инфекции после аборта):

Смертность от послеродового гнилокровия в Ленинграде:

Г о д ы	Число смертных случаев	На 1000 родораз- решений
1922	94	3,92
1923	112	3,55
1924	86	2,76
1925	94	2,45



## В. СТАТИСТИКА АБОРТОВ

В каком возрасте женщины abortируют? Об этом свидетельствует сл. таблица о возрастном составе abortирующих заимствованная из сб. „Аборты в 1925 г.“.

В о з р а с т	Губ. города	Прочие города	Сельские местности
До 17 лет . . . . .	0,3	0,3	0,6
„ 18—19 „ . . . . .	3,7	3,2	3,4
„ 20—29 „ . . . . .	62,1	60,1	47,6
„ 30—39 „ . . . . .	29,1	31,5	39,1
„ 40— и более . . . . .	4,8	4,9	9,3
Итого . . . . .	100	100	100

На каком месяце беременности женщины чаще всего abortируют?

По данным О. Küstner'a:

на 3-м мес. берем.	было	762	женщины,
„ 2 „ „ „ „ „	392	„	
„ 4 „ „ „ „ „	261	„	
„ 5 „ „ „ „ „	136	„	
„ 6 „ „ „ „ „	28	„	
„ 7 „ „ „ „ „	10	„	
„ 8 „ „ „ „ „	1	„	

Точно так же и по данным Владимирского наичаще прерывалась беременность на 2, 3 и 4 месяце; максимум падал на 3-ий месяц, т. е. на тот период, когда беременность уже в большинстве случаев точно устанавливается, а плодное яйцо претерпевает временное ослабление связи со стенкой матки. Количество самопроизвольных выкидышей также в это время увеличивается. Что же касается легализованного аборта, производимого в условиях больничной обстановки, „по ордеру“, то максимум падает на 2-й месяц, когда беременность более или менее уже определяется и производство операции аборта технически гораздо легче,



что видно из след. таблицы, заимствованной из сборника „Аборты в 1925 г.“ Изд. Ц. С. У. 1927 г.

Распределение полных и начатых на стороне абортов по периодам беременности в ‰ к общему числу:

Период беременности	Москва и Ленинград		Губернские города		Прочие города		Сельские местности	
	Полный аборт	Начатый на стор. аборт	Полный аборт	Начатый на стор. аборт	Полный аборт	Начатый на стор. аборт	Полный аборт	Начатый на стор. аборт
1 м-ц беременности . . . . .	1,7	1,8	7,8	4,7	5,3	5,2	3,7	1,9
2 м-ц беременности . . . . .	84,2	51,3	81,7	46,0	79,8	56,2	73,0	47,1
3 м-ц беременности . . . . .	13,8	31,0	9,7	30,9	13,6	27,6	20,9	34,5
4 м-ц беременности . . . . .	0,2	9,3	0,4	10,2	1,0	7,5	1,8	10,6
Свыше 4 месяцев.	0,1	6,6	0,4	8,2	0,3	3,5	0,6	5,9
Всего . . . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Абсолютн. числа	24205	4693	8652	1190	4538	877	4509	1694

Ольсгаузен считал в свое время 80% абортов, по падавших в клинику по случаю кровотечения (для выскабливания), искусственными. В последнее время Шефер (из клиники Бумма) нашел 89% жен. аб., Нюрнберг (из Мюнхенской клиники) — 66%, Неупеманн (Гамбургской клиники) — 70%, W. Liermann же полагает, что из сотни абортов только один происходит самопроизвольно, а 99 — искусственным вмешательством.

В общем, иностранная статистика довоенного времени считала 1 выкидыш на 8-10 срочных родов. Бумм считал возможным увеличить это число абортов до 1 на 5 срочных родов, полагая, что и эта цифра преуменьшена. Война



и экономическая разруха во всем мире значительно увеличили количество аборт, так что в настоящее время справедливо можно говорить об эпидемии абортов. Неупетанп насчитывает в Германии по меньшей мере 500.000 абортов в год, — устрашающая цифра, если не забывать, что каждая женщина подвергается опасности последовательных заболеваний. Ведь до 50% пациенток по женским болезням, обивающих пороги наших амбулаторий, являются в конечном итоге жертвами аборта.

Статистика прусского министерства указывает на неуклонное возрастание числа абортов, несмотря на суровые репрессии, налагаемые уголовным законодательством:

	1921 г.	1922 г.	1923 г.	1924 г.
Аборты и преждевременные роды . . . . .	62595	64266	65270	73319
Из них смертельных случаев . . . . .	1160	1094	1139	1223

Эти цифры — данные клиник, больниц, родильных приютов, отдельных врачей - акушеров. Но сколько еще тяжелых не угрожающих жизни заболеваний!

Schottelius считает настоящую цифру еще более высокой, а именно:

в 1919 — на 2 род. был 1 аборт.

„ 1924 — „ 3 „ „ 2 „

т. е. в Германии в 1926 г. на 1313625 родов должно было быть 875750 абортов.

По данным сб. „Аборты в 1925 г.“ (изд. Ц.С.У. 1927 г.), число полных абортов за 1925 год по некоторым губерниям (на 1000 населения обоего пола всех возрастов, взятого по предварительным итогам переписи 1926 года) представляется в следующем виде:

Губернии и а  
номные респ  
блики

Иваново - Воз  
Костромская  
Крымская АССР  
Московская гу  
Нижегородская  
Рязанская губ.  
Ростов на Дону  
Татарская АССР  
Тверская губ.  
Ярославская губ.  
Итого .

Отсюда, зна  
ФСР — 100 ми  
общее коли  
Бубличенко  
в среднем н  
них 75% иск  
В 1922 г. мно  
амнезу больн  
некологическу  
был различ  
льных в возра  
беременност  
среди женщи  
Ж. Ак. и Ж. б  
рдовск). К воп  
противозачато  
бол. т. 35, к



Губернии и автономные республики	Губерн. и авт. центры			Сельские местн.		
	Число полных аборт	Население обоего пола по предварит. итогам переписи 1926 г.	На 1000 насел. приход. полн. аборт	Абсол. число полных аборт	Население обоего пола по предварит. итогам переписи 1926 г.	На 1000 насел. приход. полн. аборт
Иваново - Возн. г.	870	111168	7,9	1288	850444	1,5
Костромская губ.	700	72320	9,7	465	694956	0,7
Крымская АССР .	1011	86145	11,7	858	381195	2,3
Московская губ. .	—	—	—	669	1860687	—
Нижегородская г.	664	181189	3,7	465	2297805	0,4
Рязанская губ. . .	218	49044	4,4	313	2230228	0,2
Ростов на Дону .	3608	304812	11,8	—	—	0,1
Татарская АССР .	993	174732	5,7	219	2313693	—
Тверская губ. . .	1310	126021	12,4	598	1957543	0,1
Ярославская губ.	1526	112103	13,6	1292	1078605	0,3
Итого . .	10900	1197534	9,1	6167	13665156	0,5

Отсюда, зная приблизительно контингент населения в РСФСР — 100 мил. сельск. и 20 мил. городского, можно вывести общее количество в 230.000 полных аборт в год.

Бубличенко и Карлин<sup>1</sup> по анкетным данным высчитали, что в среднем на каждую женщину падает 1,87 выкидышей; из них 75% искусственных, 25% самостоятельных.

В 1922 г. мною был сделан подсчет родов и аборт по анамнезу больных, прошедших через Ново-Екатерининскую Гинекологическую клинику (дир. проф. Д. Л. Чернеховский). Взят был различный возраст женщин, в том числе много больных в возрасте свыше 40 лет. У 1013 больных было 3397 беременностей, в том числе 2567 родов и 830 аборт, Но среди женщин до 25-летнего возраста (от 17-18 лет)

<sup>1</sup> Ж. Ак. и Ж. бол. 1924, т. 35, кн. 3. — Там же, Д-р В. Г. Перетц (Свердловск). К вопросу о лечен. септич. выкидыша. — Проф. Л. Г. Личкус. Роль противозачаточных средств в борьбе с плодизгнанием. Ж. Ак. и Ж. бол. т. 35, кн. 2, 1924 г.



т. е. живших половой жизнью, главным образом, после войны, на 160 родов было 120 аборт, или отношение родов к абортам = 4:3.

В 1925 г. (Сб. „Аборты в 1925 г.“, статья В. Паевского) в Москве и Ленинграде было:

Число рождений и аборт	Москва		Ленинград	
	Абсолютное число	На 1000 на- селения	Абсолютное число	На 1000 на- селения
Родившихся живыми	57.537	31,9	38.402	27,8
Мертворожденных .	1.945	1,06	1.315	0,95
Зарегистрировано аборт . . . . .	15.675	8,6	16.598	12,0

Конечно, количество незарегистрированных аборт (тайных) не подлежит даже приблизительному учету.

Benthin и Schottelius считают общую смертность от аборт в 2%, а от септических (лихорадящих) аборт — в 9 — 10%, Dietrich — в 4%. Если в Германии ежегодно производится 500.000 аборт, то из них 25.000 смертей.

А у нас? Больницы и родильные дома перегружены аборт. Много смертных случаев бывает от септических аборт на дому под диагнозом — аппендицита, воспаления брюшины, воспаления легких гриппа и проч. Если в после-родовом или послеабортном периоде появляется „воспаление легких“, то прежде всего приходится думать о септическом метастатическом заболевании легких.

Аборт стал не только бичем народным, но и в частности и для врачей - акушеров.

Впрочем, Новосельский по Ленинграду уже отмечает благотворное влияние легализации аборт в отношении сепсиса (см. выше), что видно из таблицы.

На 1000 родоразрешений в 1925 г. умерло женщин.

	От родиль- ной горячки	От септи- ческого аборт	Всего
Ленинград . . . . .	1,15	1,30(!)	2,45
Германские города с населением свыше 100.000 жителей . . . . .	1,32	2,62(!)	3,94



## Г. УМЫШЛЕННЫЙ ВЫКИДЫШ (ПЛОДОИЗГНАНИЕ)

### 1. Внутренние плодогонные средства

Под плодогонными средствами понимаются вещества, которые, будучи приняты внутрь в соответствующей дозе, могут вызвать аборт. Верных плодогонных средств, которые в состоянии вызвать сокращения спокойной матки с такой же верностью, как слабительные вызывают перистальтику кишечника, мы не знаем. Но в народе известно множество трав и „напитков“, которые пользуются рекламой abortивных средств. Действительно, имеются ядовитые сильно действующие вещества, после приема или введения которых в организм может произойти выкидыш.

Плодогонное действие может выразиться, помимо других присущих данному веществу фармакодинамических свойств, в сокращениях матки, вследствие раздражения ее нервных центров, причем раздражение может происходить непосредственно или рефлекторно.

Непосредственно действуют судорожные яды: стрихнин, никотин, масло донского можжевельника и др. Рефлекторное действие проявляется при раздражении желудочно-кишечного канала, причем происходит расстройство в кровеносной системе тазовых органов (гиперемия), которое может вызвать схватки.

Нет, кажется, ни одной полевой травы, которая не употреблялась бы при абортах. Но огромное большинство трав не оказывает никакого действия и вполне безвредны. Другие растения, более активные, иногда вызывали аборт. Отметим:

1) Спорынью (маточные рожки, *secale cornutum*) — гриб в виде фиолетовых зерен, растущий на ржи и некоторых других злаках. Употребляется в медицине в качестве кровоостанавливающего средства, сильно сокращающего мускулатуру матки. Действующее начало его — *ergotamin*, открытый Штольцом (Базель); он близко стоит к другим составным частям спорыньи, открытым Кобертом, и является судорожным ядом. Продолжительное употребление спорыньи, случайно примешанной к ржаному хлебу, вызывает тяжелое расстройство нервной системы, называемое злой корчой. У отравившихся спорыньей находят иногда в желудке остатки грибка с характерным микроскопическим строением.



2) Донской можжевельник (*juniperus sabina*) вызывает, благодаря содержанию сильнодействующего эфирного масла, расстройство центральной нервной системы, желудочно-кишечного канала и почек. В желудочном содержимом распознается благодаря присущим ему свойствам: зеленому цвету, характерному запаху и характерным масляным железкам на частицах растения.

3) Шпанские мушки (*lytta vesicatoria*) — жук родом с средней и восточной Европы, также встречается среди плодогонных средств. Вызывая расстройство кишечника и почек, шпанские мушки ведут к сильной гиперемии половых органов; употреблялись поэтому также в качестве средства, усиливающего половую похоть.

4) Багульник (*ledum palustre*), рута (*ruta graveolans*), пеония (*paeonia officinalis*), хвощ (*equisetum*), полевая рябинка (пыжма, *tanacetum officinale*), шафран, туя (дерево жизни, *arbor vitae*), копытень (*asarum europaeum*) и др. Следственные органы юго-восточных губерний Союза два раза меня запрашивали, является ли пеония плодогонным. Употребляемые высушенные листья этого растения никакого действия не оказывают. Быть может, действительны корни его. В одном случае (из литературы) женщина в течение недели пила отвар табака и, якобы, через 14 дней выкинула.

Из лекарственных средств особой популярностью пользуется хинин, который, однако, в течение первых месяцев беременности мало действует на спокойную матку. Сокращающие матку свойства хинина проявляются после начала родовой деятельности.

Вообще нужно отметить индивидуальную раздражительность матки, объясняющую появление аборта у некоторых женщин по незначительному поводу. В большой дозе хинин неоднократно вызывал тяжелое отравление и смерть. Кроме хинина, употребляется иногда марганцевокислый калий ( $K_2 Mn O_4$ ), чаще всего в пилюлях по 5 сантигр., успех также весьма сомнителен.

Получивший огромное значение в акушерстве экстракт мозгового придатка, употребляющийся с успехом (под названиями pituitrin, pituglandol, hypophysin и др.) для усиления родовой деятельности, в употребительных лечебных дозах не действует на матку, находящуюся в спокойном состоянии.

кислот упот  
щавелевую.  
ение азотной  
як и ртуть —  
овое отравл  
ев професс  
шихся с этим  
ства употребл  
в день. Hall  
альные пилю  
ие свинец; он  
ения, из них с  
Прежде употр  
ду перехода с  
ый фосфор, от  
ые соли ртути,  
и неоднократно  
Holtermann<sup>2</sup> со  
вел свой 11-й  
агалище в целях  
доизгнания. В р  
живых, остальные  
некрозы, главны  
а; в одном сл  
другом — ожог т  
тки; отек наруж  
Влагалище реал  
сулему в чисто  
причем часть  
ие симптомы с  
в введения яд  
в толстых киш  
агидз также ог  
31-летняя жен  
в виду задерж  
агалище, через 3 ч  
в стакане воды  
Brit. med. jour  
Zentrbl. f. Gyn  
Zentrbl. f.



Из кислот употребляли серную, соляную, хромовую, азотную, щавелевую. Беллин указывал в свое время на употребление азотной кислоты на юге России. Тяжелые металлы — мышьяк и ртуть — также употреблялись как плодогонное. Что свинцовое отравление может вызвать аборт, известно из случаев профессиональных отравлений работниц, соприкасающихся с этим сильным ядом. В качестве abortивного средства употреблялась окись свинца, по ложке несколько раз в день. Hall<sup>1</sup> говорит, что в Англии рекомендуются специальные пилюли от „неправильной менструации“, содержащие свинец; он наблюдал в течение одной недели 4 отравления, из них одно смертельное.

Прежде употреблялся фосфор. В настоящее время, в виду перехода спичечного производства на красный неядовитый фосфор, отравления фосфором прекратились. Растворимые соли ртути, употреблявшиеся для спринцевания, вызывали неоднократно смертельные отравления.

Holtermann<sup>2</sup> собрал из литературы 10 случаев и еще привел свой 11-й, когда сулемовые таблетки клались во влагалище в целях предупреждения беременности или для плодизгнания. В результате только трое пациенток осталось в живых, остальные умерли. Во всех случаях были язвы и некрозы, главным образом, на задней поверхности влагалища; в одном случае было прободение ободочной кишки, в другом — ожог труб и широких связок без повреждения матки; отек наружных половых органов.

Влагалище реагирует на крепкий раствор сулемы или на сулему в чистом виде сильным воспалительным выпотом, причем часть сулемы растворяется и всасывается. Общие симптомы отравления те же, что и при других способах введения яда (желудочно-кишечное расстройство, язвы в толстых кишках, нефроз, гингивит и стоматит).

Магид<sup>3</sup> также описывает отравление сулемой со стороны влагалища. 31-летняя женщина, 11 лет замужем, 2 раза род. и 2 раза абортир., в виду задержки месячных, сочла себя беременной и сделала горячее спринцевание. По совету соседки она вложила таблетку сулемы во влагалище, через 3 часа почувствовала жжение. Развела полтаблетки в полстакане воды и проспринцевалась. Затем ей стало плохо,

<sup>1</sup> Brit. med. journ., 1905 г.

<sup>2</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 38, 1925 г.

<sup>3</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 9, 1926 г., стр. 537.



появились сильные боли внизу живота; на следующий день она поступила в больницу с температурой  $38,6^{\circ}$ , пульс 96. Через 4 недели наступила смерть.

В случае Heubner'a и Staemmler'a<sup>1</sup>, вследствие возникшего подозрения в смерти от плодизгнания, труп женщины был вырыт из могилы 8 дней спустя после смерти. При вскрытии найдено распространенное омертвление слизистой оболочки кишечника, гл. обр., толстой кишки с кровянистым отеком. Химическим анализом в 250 гр. толстых кишек обнаружено 0,14 гр. ртути. Муж покойной сознался, что он сделал своей жене, беременной на втором месяце, за 7 дней до смерти спринцевание влагалища с примесью порошка неизвестного состава (сулема). В Мценском уезде Орловской губернии года 2 тому назад судили 90-летнего знахаря-абортиста. Он производил аборты окрестным крестьянкам следующим оригинальным способом. Он ставил пациентку головой вниз, а ногами вверх, привязывая их веревкой, и вливал во влагалище сверху вниз, как в бутылку, раствор сулемы. Многие женщины жестоко поплатились, пока знахарь не был привлечен к ответственности по случаю смерти одной пациентки<sup>2</sup>.

## 2. Механические способы плодизгнания.

Под механическими понимают такие способы, которые в состоянии вызвать выкидыш путем нарушения целостности плодного яйца или механического раздражения матки, гл. обр., стенок шейного канала. Механические способы гораздо вернее внутренних и постепенно вытесняют последние. Они обычно применяются другими лицами над беременной женщиной, но во многих случаях беременная сама выполняет всю процедуру. Женщины сами рассказывают гинекологу, что они проделывают при „задержке менструации“. Они производят себе горячие спринцевания влагалища, обычно, с примесью излюбленной иодной настойки; принимают горячие сидячие или ножные ванны; прикладывают к нижним конечностям горчичники, причем иногда получают характерные четырехугольные ожоги; во внутрь, по традиции,

<sup>1</sup> Klin. Woch. № 24, 1925.

<sup>2</sup> Попытки плодизгнания ртутью были описаны и раньше F. Strassmann'ом, Vollmer'ом (Zentrbl. f. Med. B. 1917. № 19) и др. Во влагалище беременной вложена таблетка сулемы, которая в течение 10 дней вызвала смертельное отравление. Другая пациентка, 36-летняя мать двоих детей, после 3-хкратной задержки месячных, лежа в постели, вложила себе утром таблетку сулемы; через час наружные половые органы опухли. Она пошла к врачу, который промыл влагалище и посоветовал ей дальнейшие промывания. На 2-й день развились типичные явления стоматита, продолж. неск. недель, на 3-й день маточн. кровот., продолж. 5 дн. Явления со стороны кишечника отсутствовали. В результате 3-хнедельного вагинита, обнаружено легкое рубцовое сужение влагалища (Габерда). Краттер (Руковод.) указывает на abortивное действие ртути у коров.



принимают хинин. В виду неуспешности всех этих средств, женщина после всего обращается к акушерке или гинекологу.

Однако, все эти способы плодизгнания настолько распространены среди населения, что получили даже признание в медицине; от медиков они получили популярность в массах с теми или иными модификациями. Такие процедуры регулярно проделываются всякий раз, когда начинает беспокоить „календарь“. В конце концов, обращаются к более энергичным средствам. Встречается гинекологи, широко практикующие „смазывания“ полости матки иодной настойкой. Последние производятся не только с лечебной целью, но также с целью предохранения от беременности, 1 - 2 раза в месяц. Такие предохранительные „смазывания“ вызывают ожог слизистой оболочки, судорожное сокращение матки и шейного канала и препятствуют на некоторое время свободному проникновению и движению сперматозоидов в полость матки и труб.

„Смазывания“ и даже впрыскивания нескольких куб. см. иодной настойки или раствора иода в глицерине и т. п. производятся и после небольшой задержки месячных, т. е., когда уже, возможно, существует начальная беременность. Иодная настойка уничтожает ее, вызывает аборт. Плодное яйцо выделяется целиком или частично, что требует дальнейшего хирургического вмешательства (выскабливания) для удаления остатков. Операция в этом случае производится уже при менее благоприятных условиях, чем при нетронутой беременности и совершенно стерильной полости матки. Если плодное яйцо прикрепляется в каком-нибудь трубном углу, или в другом месте асимметричной полости матки, то смазывание иодом может его лишь немного нарушить, следствием чего является либо затяжной аборт по истечении некоторого времени, либо плод продолжает развиваться. Мне несколько раз приходилось оказывать срочную помощь молодым здоровым женщинам, которые подвергались периодическим смазываниям. В одном случае меня вызвали ночью к 22-летней знакомой даме, по поводу внезапного сильного кровотечения. Когда я определил 2-х-месячный аборт, пациентка с изумлением заявила, что беременности быть не может, ибо она регулярно дважды в месяц ходила к врачу на „смазывание“. В другом случае, одной рожающей женщине было сделано „смазывание“ матки или



впрыскивание несколько дней спустя после задержки менструации. Через неделю появилось небольшое выделение крови, продолжавшееся с перерывами около 6 недель и сильно обескровившее женщину. После произведенного выскабливания больная пролежала целый месяц.

Главную опасность внутриматочных впрыскиваний и смазываний, предпринимаемых с профилактической целью, я вижу в возможности остановки оплодотворенного яйца в полости трубы, т. е. в развитии внематочной беременности. Последняя, как известно, сделалась весьма частым явлением. Слизистая оболочка матки, обжигаемая иодом, сморщивается, покрывается тонким струпом, маточные отверстия труб и без того чрезвычайно узкие (диам. в 1 м/м. в ближайшем к матке отрезке) суживаются, оплодотворенное яйцо не в состоянии пройти через него и остается в трубе. Мне пришлось видеть совершенно здоровую, всегда нормально беременевшую и рожавшую женщину, получившую трубную беременность после двухкратного смазывания.

Впрыскивания и смазывания заключают в себе еще одну опасность. Они производятся, обычно, через несколько дней после срока ожидаемой, но еще отсутствующей, менструации, т. е. тогда, когда беременность 2-х — 3-х недельная. В этот период беременность еще не может быть установлена исследованием половых органов, как выше было указано. Может существовать внематочная беременность, вместо маточной, и тоже не быть распознанной. Наконец, могут одновременно быть внутри- и внематочная беременность. Смазывание матки, как сильный раздражитель, вызывает сокращение матки и труб и может повести к разрыву последних. Мне известен подобный случай. Смазывание через 11 дней после задержки месячных, произведенное у 30-летней женщины, имевшей 7-летн. девочку, спустя несколько часов вызвало обморочное состояние. При исследовании обнаружена за-маточная опухоль, оказавшаяся при пробном проколе заднего свода влагалища кровяной (haematocoele retrouterina). При операции плодное яйцо находилось в отверстии лопнувшей трубы, в брюшной полости обнаружено большое количество жидкой крови.

У другой, молодой рожавшей и несколько раз абортировавшей женщины, по причине 3-недельной задержки, было

произведено  
известными  
рячие ванны,  
и незначите  
куска (по у  
и уехала в д  
упала в обм  
вскрытии об  
Вскрытие бы  
зыска, в виду  
мне недавно  
Здесь, следо  
распознанная  
ее опознать  
кусочек" не бы  
отпадающей  
ной беременн  
я бы его назв  
ваться и лоп  
трубная бере  
лопнуть, и см  
а лишь иногда  
Смазывание  
звать обмороч  
рефлекторного  
и относятся  
Над бер  
только т  
распозна  
можно  
Кр  
обхо  
скив  
раг



произведено впрыскивание иода, одновременно с другими известными процедурами (горячее промывание влагалища, горячие ванны, хинин и проч.). Появились схваткообразные боли и незначительное кровотечение с отхождением мясистого куска (по указанию пациентки). Она очень обрадовалась и уехала в деревню в отпуск. По приезде туда она внезапно упала в обморок и вскоре умерла в уездной больнице. На вскрытии обнаружена лопнувшая внематочная беременность. Вскрытие было произведено по требованию уголовного розыска, в виду подозрения в отравлении пищей. Этот случай мне недавно передал судебный эксперт, вскрывавший труп. Здесь, следовательно, существовала с самого начала нераспознанная трубная беременность — в том периоде, когда ее опознать почти невозможно. Выделившийся „мясистый кусок“ не был плодным яйцом, как полагала женщина, а отпадающей оболочкой, образующейся регулярно при трубной беременности, — ложный аборт, *abortus spurius*, как я бы его назвал. Трубная беременность продолжала развиваться и лопнула. Конечно, мы не должны забывать, что трубная беременность сама собой должна когда-нибудь лопнуть, и смазывания не являются причиной разрыва, а лишь иногда могут спровоцировать его раньше времени.

Смазывания и впрыскивания в полость матки могут вызвать обморочное состояние, шок и даже смерть, вследствие рефлекторного действия на сердце. Такие случаи описаны и относятся к самым ужасным в практике врача.

Над беременной маткой допустимы оперативные приемы только тогда, когда с большой долей вероятности можно распознать нормальную беременность и исключить возможность внематочной.

Кроме того, перед внутриматочными манипуляциями необходимо достаточно расширить шейку. Смазывания и впрыскивания же, обычно, производятся без предварительного расширения.

Впрыскиваемая жидкость легко попадает в брюшную полость и вызывает раздражение брюшины.

Теперь рассмотрим более грубые виды воздействия на беременную матку.

Нередко практиковалось введение пальца в шейечный канал и в полость матки с повреждением плодных оболочек.



Некто, прежде бывший санитаром, вводил в беременную матку корнцанг и поворачивал его в разные стороны.

Массаж матки с энергичным разминанием ее, произведенным многократно, давал иногда в результате аборт. Массаж живота производился ранее особыми специалистами (кажется, в Швеции).

Иногда о массаже матки можно судить по кровоподтекам в коже живота.

### „ПРОКОЛ“ И БУЖ

Самыми частыми механическими способами, которые успешно конкурируют друг с другом, являются прокол плодного пузыря и введение в полость матки бужа. Оба способа, употребляемые ныне почти исключительно акушерками и профессионалками-абортистками, в целях плодизгнания, были прежде рекомендованы врачами для производства преждевременных родов. Ныне эти способы заменяются в благоприятных условиях другим быстрым хирургическим методом — кесарским сечением.

Абортистками широко применяются для прокола плодных оболочек острые инструменты и предметы вроде вязальных спиц, заостренных гусиных перьев, лучинок, железных булавок, гвоздей, проволоки и проч. Турчанки употребляют стержни табачных листьев, японки — бамбуковые палочки, и т. д. Опыт показывает, что беременные научаются себе сами вводить подобные предметы и не только многорожавшие с широкими половыми органами, но и первобеременные. В одном случае 27-летняя замужняя в виду задержки менструации ввела себе лучину, промыв ее предварительно борным раствором и смазав иодной настойкой. На вскрытии обнаружены септикопиемия и кроме того разрыв шейки на уровне внутреннего зева.

В другом случае абортирующая 32-летняя ввела катетр и проносила его 3 суток безрезультатно, вторично его вложила, промыв борной и иодной настойкой и вставив в него проволоку. После 3-хкратного введения катетера появились кровотечения. Одна учительница ввела себе буж, а затем спринцевалась чистым керосином: явления септического аборта.

Все три пациентки были повторно беременны; прерывали беременность на 2-м и 3-м месяцах.



Инструмент (катетр, буж) вводится многими профессионалками в матку с большим искусством, под контролем пальцев или при помощи маточного зеркала. Если буж попадает на место прикрепления яйца, то вскоре показывается кровь; при продолжающемся кровотечении и схватках плодное яйцо отделяется и плод извлекается в течение нескольких дней.

Если результат не приходит, пациентка приглашается через несколько дней для повторного сеанса; иногда требуется несколько сеансов.

Все чаще профессионалки-абортистки научаются пользоваться гинекологическим методом. Буж вводится в полость матки, а конец его остается во влагалище и прикрепляется плотным марлевым тампоном. Осторожные профессионалки предварительно опускают буж в иодную настойку, лизол или раствор сулемы. К бужу иногда привязывается нитка, за которую беременная сама в состоянии его вытащить. У профессионалок иногда находят целые assortименты бужей, которыми они чрезвычайно ловко манипулируют. Когда я одному известному юристу указал на абсолютную недопустимость производства аборта не-врачем, он совершенно искренне возразил: „Но ведь многие акушерки гораздо лучше делают аборт, чем врачи!“. Более добросовестные профессионалки, имеющие состоятельную клиентуру, предоставляют каждой пациентке новый буж, а профессионалки попроще — не так щепетильны, их „орудие производства“ обходит целый круг клиенток.

Одна профессионалка, имевшая большую клиентуру, несмотря на многократную судимость, призналась мне, что покупает или выписывает бужи целыми ящиками, т. е. сотнями. Ни одна урологическая клиника в мире не употребляла столько бужей, сколько эта акушерка!

Буж лежит в матке до тех пор, пока не наступают кровотечения и схватки; иногда день-два, иногда его меняют. Часто вслед за выведением бужа выделяется плодное яйцо. Иногда буж застревает во влагалище и служит после вещественным доказательством преступления.

Если буж производит прободение, то он легко попадает в отверстие и продвигается либо в околоматочную клетчатку, либо в свободную брюшную полость. Он может там



закапсулироваться и оставаться долгое время при условии незанесения инфекции. Беременные, которым вложен буж, ходят, исполняют домашнюю работу или службу, иногда по совету абортистки усиленно двигаются для возбуждения схваток. Многие профессионалки имеют „своих врачей“, которые заканчивают их работу выскабливанием. Мне известны были акушерки, имевшие 2-3 врачей, потому что одному было не под силу справиться с „оперативным материалом“. И многим врачам стоило больших усилий отказаться от заманчивых предложений.

Такова жизнь! Таково массовое производство, идущее навстречу „широкому спросу“.

Прокол плодного пузыря также ведет рано или поздно к смерти плода и схваткам. Иногда, с целью плодизгнания, производятся впрыскивания значительного количества воды или какой-нибудь раздражающей жидкости из спринцовки или кружки Эсмарха: раствора иода, соды, мыла, сулемы и проч.

В одном случае из моей практики (в Берлине) одна интеллигентная девушка, ввела себе в матку раствор горчицы, а в другом случае (в Смоленске) — приготовленный для еды хрен. В обоих случаях наступили бурные явления раздражения тазовой брюшины. В первом случае, в виде неправильных сведений, данных пациенткой, отрицавшей возможность беременности, был поставлен диагноз аппендицита и произведено чревосечение.

О случае отравления своей клиентки сулемой 90-летним знахарем уже приводилось.

Как выше указано, беременные научаются сами себе вставлять в матку буж или конец ирригатора. Хотя Haberdas считает почти невозможным, чтобы первобеременная сама себе ввела инструмент в матку, т. е. прощупала шейку и маточный зев, но практика говорит другое. Я в свое время описал <sup>1</sup> случай, когда 16-летняя девушка, изучив по атласу анатомию женских половых органов, сама ввела себе кружку воды и вызвала 6-месячный аборт. Этот случай интересен еще в том отношении, что она родила в квартире,

<sup>1</sup> См. Учебн. суд. медицины Д. П. Косорова под моей редакцией, изд. посмертное.

в своей н  
находивш  
Буж, к  
родным  
даться. Дл  
ние веду  
Продолжит  
быть заран  
суток, а ин  
(задержавш  
ресны данн  
лось точно  
механически  
аборта.

Займствую

С п о с о б

1. Буж.

2. 2-х кратное  
введение бужа

3. Буж.

4. Буж и горячее  
спринцевание.

5. Буж на 3/4 су-  
ток и горячее  
спринцевание  
раств. К<sub>2</sub> Мп 0<sub>4</sub>

6. Буж.

7. 2-х кратное вве-  
дение катетра.

8. Катетр.

С. 5. № 5



в своей ничего не подозревавшей семье (матери и сестры), находившейся в это время в соседней комнате с гостями.

Буж, катетр, жидкость или мертвый плод являются инородным телом, от которого матка стремится освободиться. Для этого у нее один способ — сокращения. Последние ведут к отслойке плодного яйца и его изгнанию. Продолжительность всего процесса различна и не может быть заранее учтена. Роды могут завершиться в течение суток, а иногда требуется несколько дней и даже недель (задержавшийся выкидыш). В этом отношении крайне интересны данные из работы Владимирского<sup>1</sup>. Ему удалось точно выявить в 17 случаях промежутков времени между механическим вмешательством и появлением симптомов аборта.

Заимствую сл. таблицу из его работы.

С п о с о б	Анамнестические данные	Через какой срок
1. Буж.	22 г. 2-я беременность, 5 месяцев, температура 37,2°.	Через 5 дней изгнание плода.
2. 2-хкратное введение бужа.	28 лет, 3-я беременность, 4 мес., темпер. 39,5°.	Через 7 дней после последн. вмешат. — изгнание плода.
3. Буж.	30 лет, 6-я беременность, 6 мес., темпер. 38°.	Приблизительно через 24 часа — изгнание плода.
4. Буж и горячее спринцевание.	25 лет, 1-я беременность, 4 мес., темпер. 40,5°.	Приблизительно через 48 часов — изгнание плода.
5. Буж на $\frac{3}{4}$ суток и горячее спринцевание раств. $K_2MnO_4$	25 лет, 2-я беременность, 3 мес., темпер. 39,5°.	Приблизительно через 4 дня — изгнание плода.
6. Буж.	23 года, 2-я беременность, 4 мес., темп. 37,5°.	Через 5 дней — изгнание плода.
7. 2-кратное введение катетра.	35 лет, 7-я беременность, 2 мес., темпер. повыш.	Через 2 дня после последн. вмешат. — изгнание плода.
8. Катетр.	36 лет, 5-я беременность, 3 мес., темпер. повышенная.	Приблизительно через 7 дней — явлен. неполн. аборта.

<sup>1</sup> Сб. № 5 „Суд. - Мед. экспертиза“.



С п о с о б	Анамнестические данные	Через какой срок
9. 3-кратное введение катетра (во второй раз с проволокой).	32 года, 2-я беременность, 3 мес., повыш. температур.	Приблизительно через 2 дня после последн. вмешат. — явления неполн. аборта.
10. Катетр.	22 года, 1-я беременность, 3 месяца.	Через 7 дней — явления неполн. аборта.
11. Расширение шейки палочкой ламинария.	35 лет, 2-я беременность, 2 мес.	Приблизительно через 4 дня — явления неполн. аборта.
12. Расширение шейки впрыскив. иодной настойки.	36 лет, 12-я беременность, 3 мес.	Приблизительно через 18 часов — явления неполн. аборта.
13. Внутриматочн. впрыскивание иодн. настойки	29 лет, 2-я бер., 3 мес., темп. 39°.	Приблизительно через 48 часов — изгнание плода.
14. Тоже	27 лет, 4-я беременность, 2 мес., темп. повыш.	Приблизительно через 3 дня — явления неполн. аборта.
15. „Предохранительное“ смазыван. иодной настойкой.	30 лет, 7-я беременность, 2 мес.	Приблизительно через 14 дней — явления неполн. аборта.
16. „Уколы“.	26 лет, 2-я берем., 4 мес.	Приблизительно через 5 дней — изгнание плода.

Чем дольше процесс продолжается, тем возникает большая опасность занесения в полость матки инфекции (опасность сепсиса). Все указанные механические способы дают, действительно, большой процент осложнений.

Среди механических воздействий следует упомянуть еще практикуемые с этой целью чрезмерно частые сокоупления, причем мужской партнер, не будучи в состоянии сам произвести достаточно энергично плодизгнание таким способом, приглашает в помощь товарища (см. у Гофмана), который продолжает сокоупления даже в его присутствии.

В качестве единственного пока случая можно указать на попытку вызвать аборт путем вдувания воздуха, употребляемого в настоящее время в целях диагностических для распознавания проходимости маточных труб, при возникающем вопросе о бездетности. Такой случай описан во французской литературе.



В целях плодизгнания, как указано выше, употреблялись рентгеновские лучи, а также электрический ток. Катод вводился в шейку, а анод на живот или крестец.

## Д. ПОСЛЕДСТВИЯ АБОРТА

О ближайших и отдаленных последствиях и осложнениях аборта имеется в наше время богатая литература.

Осложнения подразделяются на:

а) отравления, б) кровотечения, в) прободения, г) инфекцию, д) воздушную эмболию и е) шок.

### а) ОТРАВЛЕНИЯ

Отравления возникают, главным образом, от приема внутренних сильнодействующих средств, о которых уже говорилось. Здесь мы, к сожалению, не можем уделить этому вопросу большого внимания и отсылаем интересующихся к общеизвестному капитальному труду профессора L. Lewin'a.

Внутренние средства, употребляющиеся преимущественно в малокультурных местностях, постепенно вытесняются более действительными — механическими. Некоторые яды употребляются в виде внутриматочных спринцеваний (сулема) и не раз вызывали отравления.

### б) КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечения являются важнейшим признаком аборта. Иногда они бывают незначительны и малозаметны, похожи на месячные, особенно, если последние обильны. В других случаях — и таких большинство — кровотечение гораздо обильнее менструаций и доводит до значительной степени малокровия, особенно при затяжном течении. Смерть может наступить у женщин с ослабленной сердечной деятельностью или недостаточной приспособляемостью вазомоторной системы к потерям крови. Сильные кровотечения происходят либо от недостаточности маточных сокращений при опорожненной полости (изменения стенки матки и сосудов, хронические метриты), либо от присутствия остатков плодного яйца.

Гораздо большее значение имеют для нас повреждения матки — прободения.



## в) ПРОБОДЕНИЯ

Бумм в 1925 г. на заседании Берлинского Гинекологического Об-ва со свойственной ему прямолинейностью отметил (что было, между прочим, известно гинекологам), что тяжелые повреждения матки и кишок при аборте производятся преимущественно врачами, а не профессионалками-абортистками. После Бумма другие гинекологи присоединились к этому мнению, подтвержденному статистическими данными. Так, Herbig на большом материале Гамбурга собрал 134 случая прободения матки, из которых 93 были произведены врачами, 22 — самими беременными и 5 — профессионалками. В 14 случаях виновник не был установлен. Из 20 случаев W. Liermann'a 18 было произведено врачами; из 100 случаев Reham'a и Katz'a<sup>1</sup> в 70 замешана рука врача. А. Нейп<sup>2</sup> сообщает о 16 случаях прободения, из которых 14 произведены врачами.

Все виды прободения матки W. Liermann<sup>3</sup> весьма рационально делит по возможным последствиям на 4 вида: 1. Внебрюшинные, если инструмент не проник в свободную брюшную полость. 2. Внутривнутрибрюшинные. 3. Внутривнутрибрюшинные, осложненные повреждениями других важных органов. 4. Особенно редкие случаи.

## 1. Внебрюшинные прободения матки

К внебрюшинным относятся такие прободения, которые останавливаются в стенке матки либо проникают через всю стенку матки, распространяются в околوماتочной клетчатке и забрюшинно. Мы уже указывали в главе о разрывах матки, что такие внебрюшинные разрывы следует признать более легкими, так как не угрожает главная опасность прободения — перитонит. В этих случаях, само собой разумеется, исключается повреждение кишечника.

К этой категории относятся следующие случаи, описанные W. Liermann'ом: 37-летняя женщина, 8 раз рожавшая, жаловалась на кровотечения. Домашний врач (т. е. не специалист) сделал выскабливание. При расширении шейки появилось сильное кровотечение, заставившее врача перевезти больную в клинику.

<sup>1</sup> Die instrumentelle Perforation. Verlag von J. Springer. Berlin, 1926. Более 100 тщательно обследованных случаев в течение 20-летнего периода.

<sup>2</sup> Über Uterusperforationen. Kl. Woch. 1922, № 26.

<sup>3</sup> Die Abtreibung. 1927.

На рисунке 26  
взвешивания, и кровоизлияния

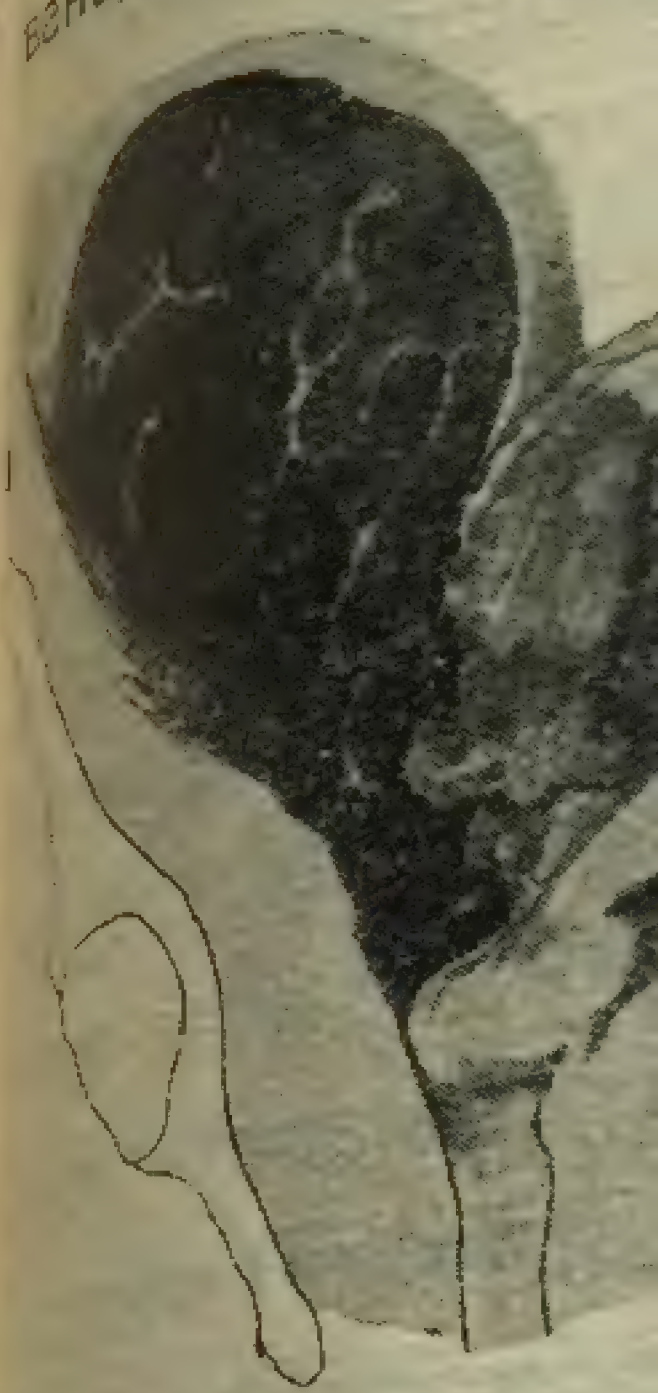


Рис. 26. В. Липман "изгнание". Берлин

и найден слева около  
небольшого разреза  
последовавшего за  
властям, боясь посл  
дило за границей, гд  
ются женщина) по  
убийством.

На рис. 27а вра  
ложное направление

В случае König'a  
ручки найден случай  
произведенном по  
циентка, по ее расск  
произвела себе абор  
н-ц ручки, 4 см. дли  
лежал инкапсулиро  
и мочевым пузыре  
клетчатке.

В моей клиниче  
3 случая внебрюшин  
них два были распоз  
операции выскаблив  
приостановлена, жен  
стель. Кровотечение  
неделю обе больны  
женными. О дальней  
дось узнать. В треть  
наступили длительн  
жаления и аборт. В  
больная выздоровела  
ришель Hegar'a (см. р  
течение болезни со

1 Seltene Verletzu  
1922 г.



На рисунке 26 видно, что вся правая сторона шейечного канала оторвана, и кровоизлияние приподняло и растянуло брюшину, образовав опухоль величиною в голову взрослого человека. Немедленно произведенное чревосечение с удалением разорванной матки спасло больную, которая выписалась на 20 день из больницы.

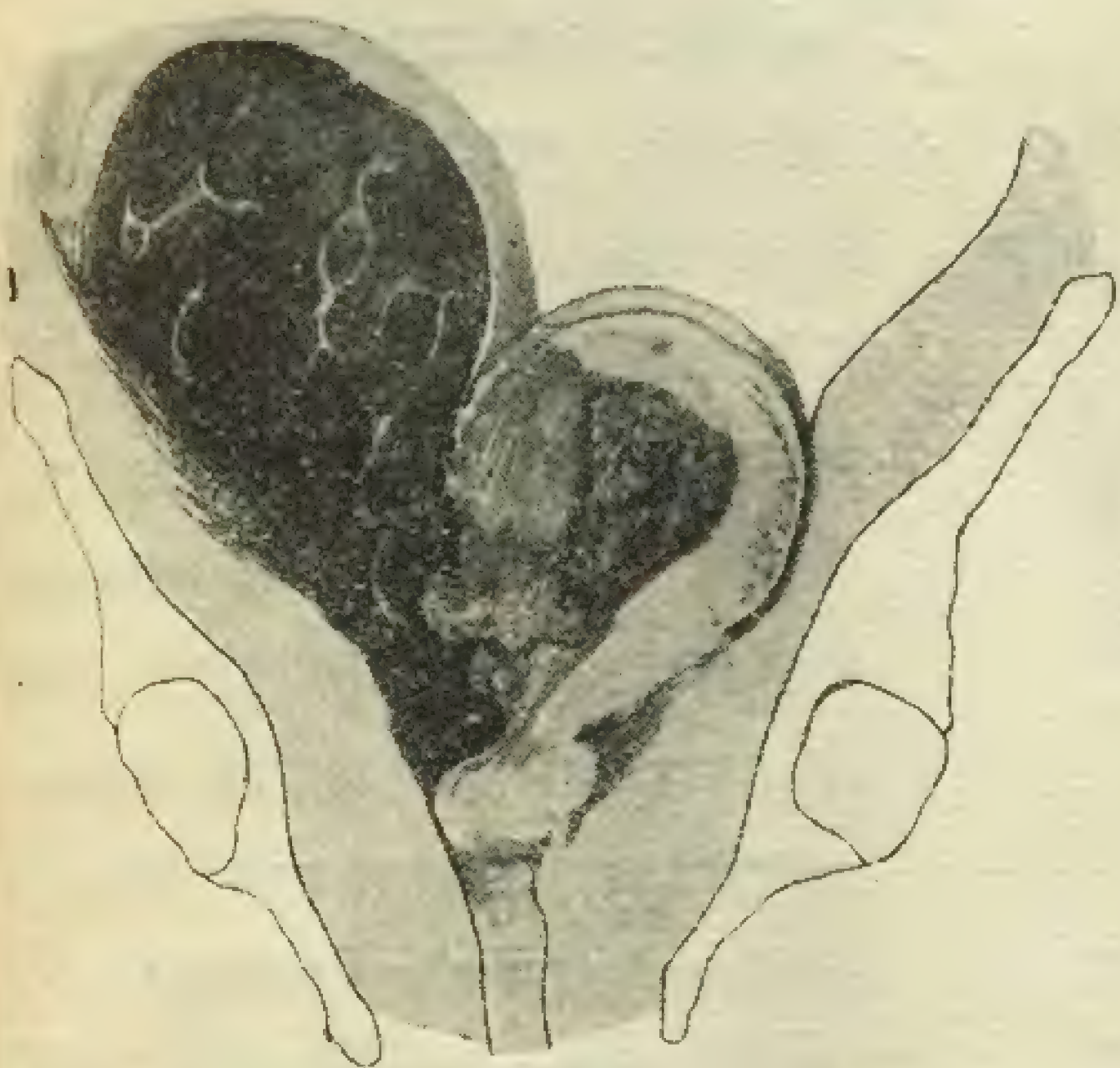


Рис. 26. В. Липмана, „Плодоизгнание“. Берлин, 1927 г.

На рисунке 27 другой подобный случай W. Liepmann'a. При попытке произвести аборт, врач попал расширителем в ложное направление, разорвал шейку и проник в левостороннюю околоматочную клетчатку. W. Liepmann застал эту пациентку в очень тяжелом состоянии. Посредством операции ее также удалось спасти.

В случае Zelnik'a<sup>1</sup> металлический катетр, введенный в целях плодизгнания при 3-х месячной беременности, одним концом лежал в матке, другим прободал влагалище

и найден слева около прямой кишки, под кожей ягодицы. При помощи небольшого разреза катетр удалось удалить. Больная выздоровела. В виду последовавшего заявления следственным властям, боясь последствий (дело происходило за границей, где аборт строго карается женщина) покончила жизнь самоубийством.

На рис. 27а врач попал кюреткой в ложное направление (из W. Liepmann'a).

В случае König'a гуттаперчевый конец ручки найден случайно при чревосечении, произведенном по другому поводу. Пациентка, по ее рассказу, 3 года тому назад произвела себе аборт. Отломившийся конец ручки, 4 см. длины и 3 м. м. толщины лежал инкапсулированным между маткой и мочевым пузырем в околоматочной клетчатке.

В моей клинической практике было 3 случая внебрюшинного прободения, из них два были распознаны во время самой операции выскабливания. Операция была приостановлена, женщины уложены в постель. Кровотечение прекратилось. Через неделю обе больные выписались беременными. О дальнейшей участи их не удалось узнать. В третьем случае у больной наступили длительные воспалительные явления и аборт. В конце концов и эта больная выздоровела. Во всех случаях виною прободения был расширитель Hegar'a (см. рис. 27). Мы видим во всех этих случаях более легкое течение болезни со счастливым исходом.



Рис. 27. В. Липмана, „Плодоизгнание“. Берлин, 1927 г.

<sup>1</sup> Seltene Verletzung bei kriminellern Abortus. Zentrbl. f. Gyn. № 9 1922 г.



Все прободения причинены расширителями, за исключением одного (катетром). Подобным простым случаем,

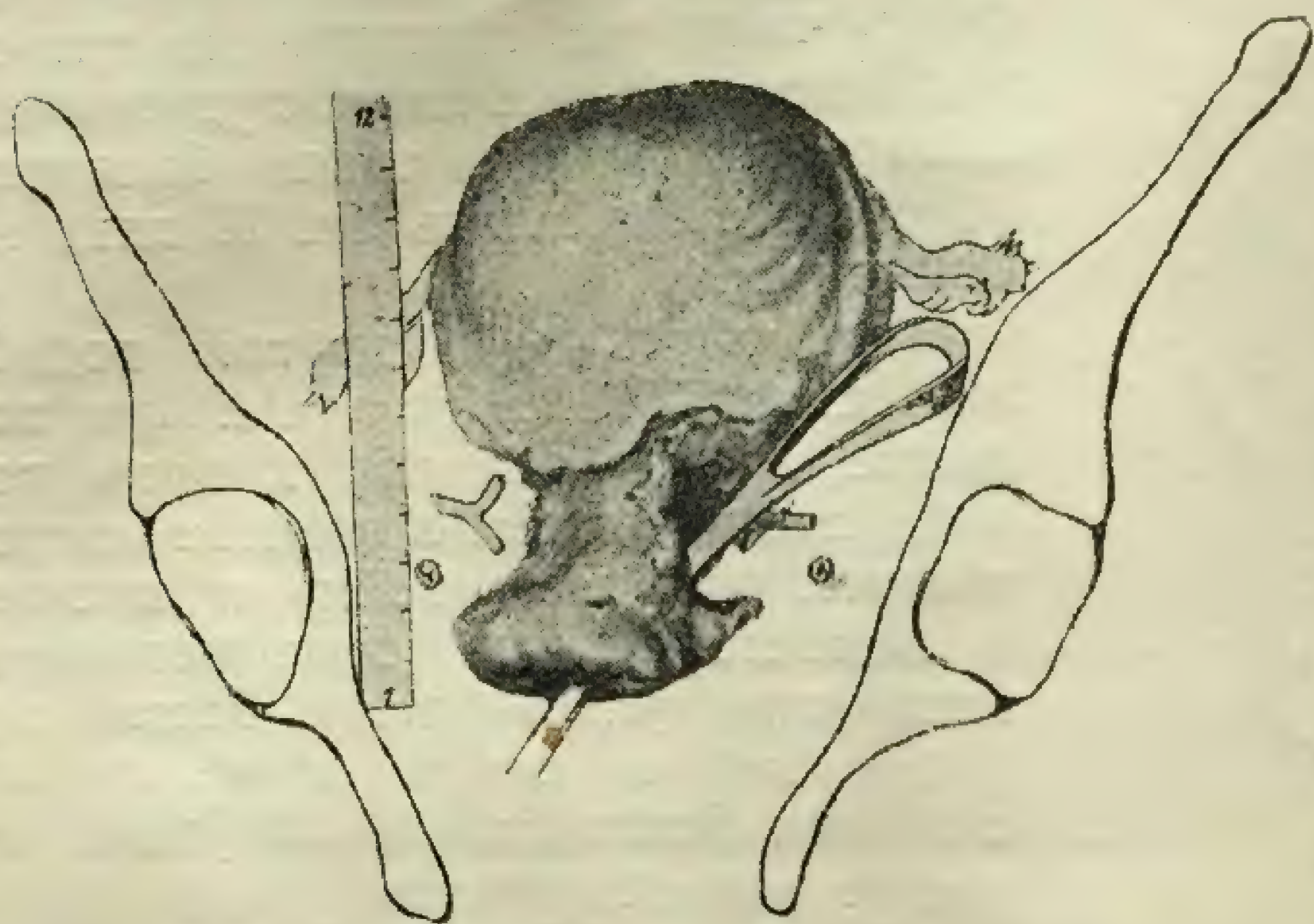


Рис. 27а. В. Липмана, „Плодоизгнание“. Берлин, 1927 г.

встречающимся часто, обще, что прободение производится тупым предметом, каким является расширитель, буж, катетр и конец кюретки. Впрочем, эти инструменты могут иногда вызвать сильнейшее, даже смертельное кровотечение, при ранении ветки маточной артерии.

## 2. Внутрибрюшинные прободения матки

Случай: После расширения врач слишком глубоко заходит кюреткой и производит прободение. Он своевременно замечает это, останавливает даль-

нейший ход операции и немедленно перевозит пациентку в больницу. Чревосечение. На дне матки справа малое отверстие. Так как возможность инфекции извне в данном случае не представлялась вероятной (операцию производил хорошо знакомый W. Liermann<sup>1</sup> врач), то отверстие матки было зашито. Беременность осталась, но

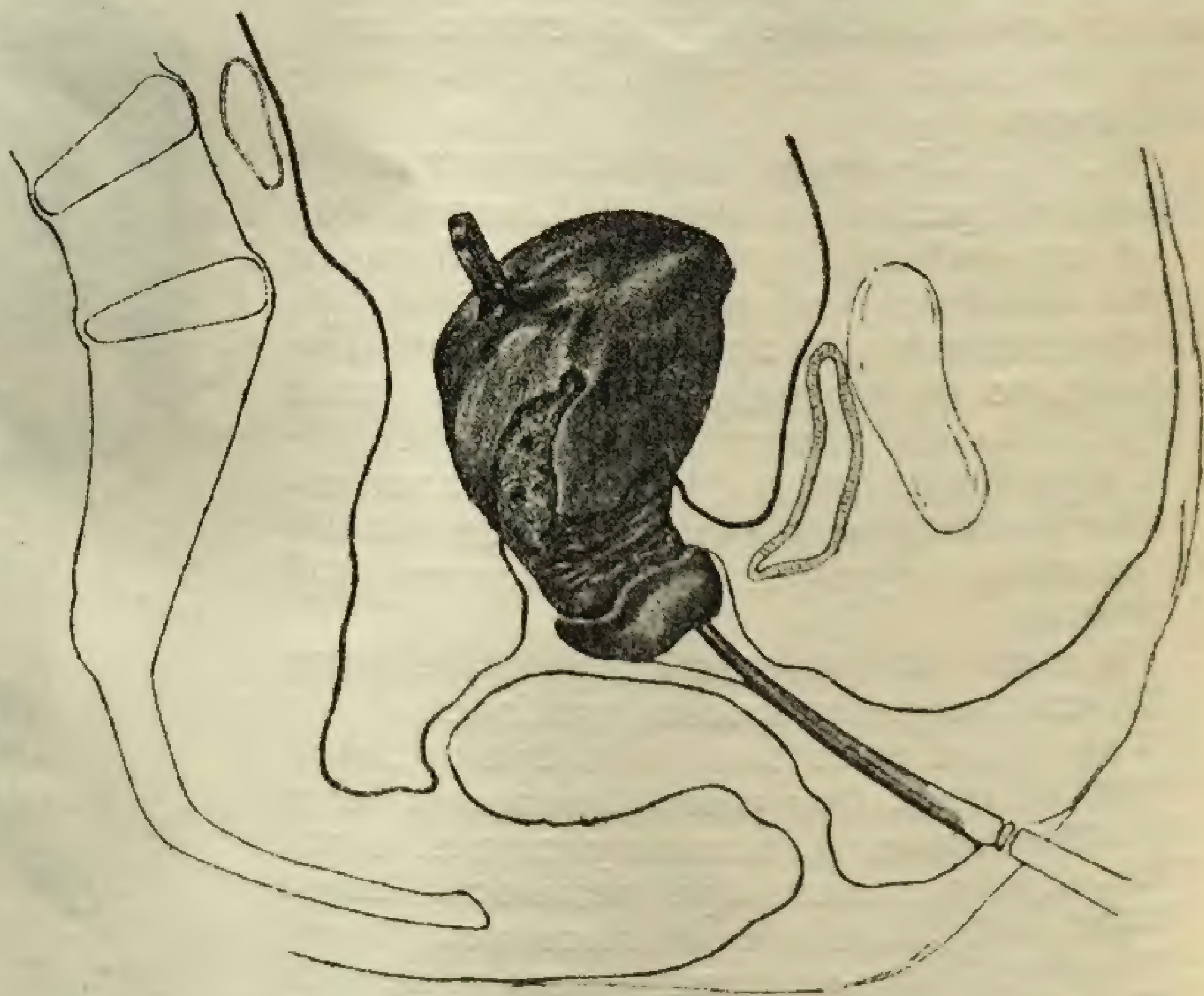


Рис. 28. В. Липмана, „Плодоизгнание“. Берлин, 1927 г.

через 13 дней произведен самостоятельный аборт. На рисунке 28 схематически представлен механизм прободения.

Штрассман<sup>1</sup> считает частоту неосложненных прободений при выскабливаниях, включая выскабливания и небеременной

<sup>1</sup> Известный берлинский гинеколог.



матки, в 20/0. Возможно, что прободения бывают чаще, но остаются нераспознанными.

Сообщений о подобных случаях в литературе чрезвычайно много.

М. Marcel Chaton<sup>1</sup>: Беременная на втором месяце, мать 2- детей, пыталась вызвать аборт, вставив себе два раза буж, и сделав два прободения в матке, которые были затем зашиты в больнице. Беременность осталась и закончилась нормальными родами.

Мне кажется здесь не лишним осветить вопрос о неопределенности ощущений беременных вследствие понижения или отсутствия болевой чувствительности на внутренней поверхности шейечного канала и полости матки. Это объясняет возможность проникающих повреждений матки, причиняемых беременными самим себе. Известно, например, что еще меньше чувствительна влагалищная часть шейки матки, на которой можно производить различные операции совершенно без наркоза. Чувствительна лишь область внутреннего зева, благодаря заложенным в ней чувствующим нервам. Болезненные ощущения во время выскабливания объясняются, главным образом, одновременным раздражением брюшины, наличием воспалительных сращений матки, участием придатков (труб и яичников) и проч. У женщин отсутствует также чувство правильной локализации от предметов, вводимых в половые органы. Нервные, чувствительные особы плохо переносят даже вставление маточного зеркала, а захватывание пулевыми щипцами шейки матки объясняют нередко как „разрывание на части“ и т. д., что следует всегда иметь в виду при допросе потерпевших.

<sup>1</sup> Un cas anomal de tolérance de l'uterus gravide au traumatisme. Gyn. et obst. 1925, стр. 381.

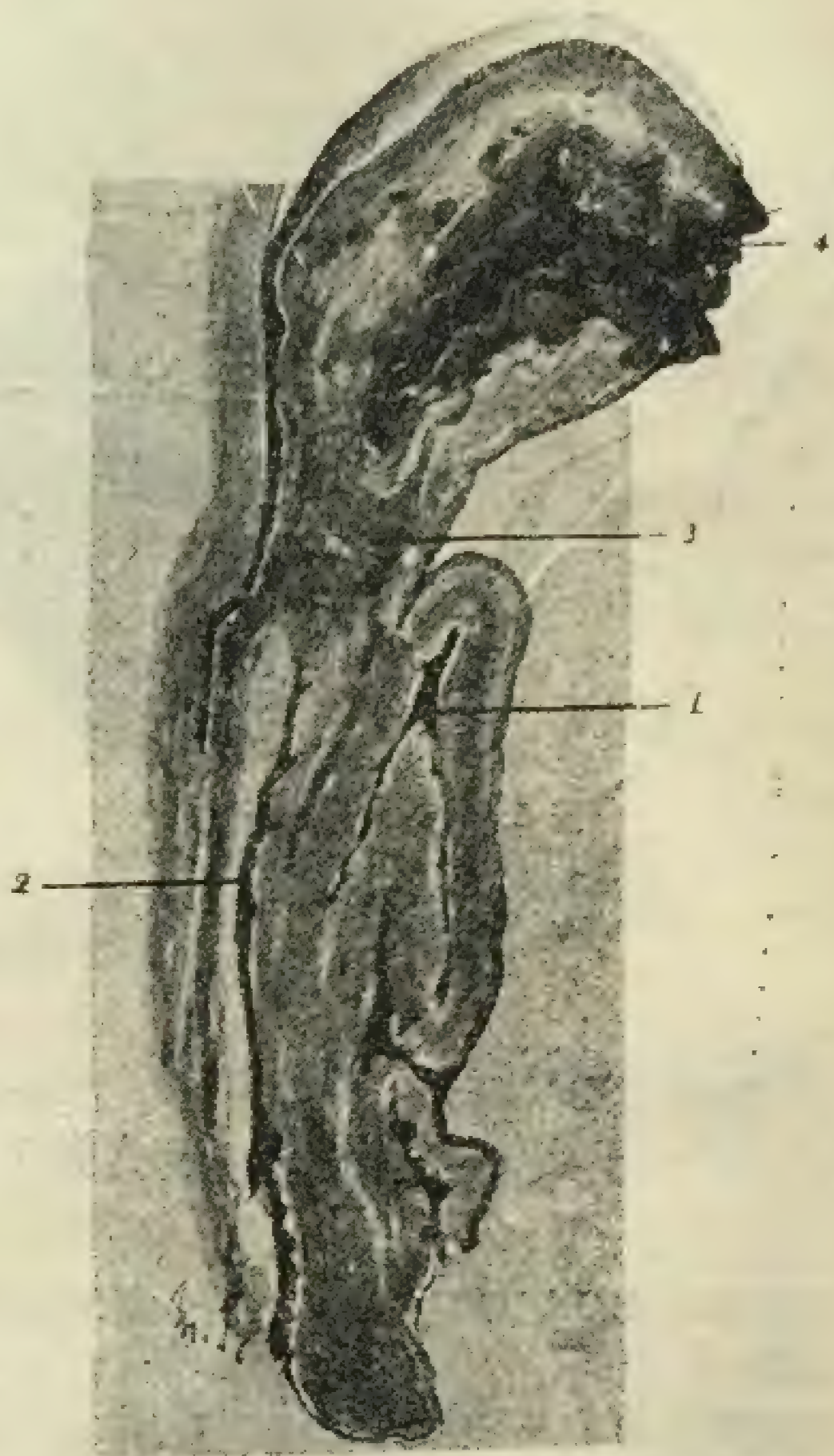


Рис. 29. В. Липмана,  
„Плодоизгнание“,  
Берлин, 1927 г.  
4. Разрыв матки.



На рисунке 29 виден препарат матки с гнойно-кровянистыми краями отверстия на дне ее. Здесь причиной смерти 17-летней девицы (умершей при поступлении в больницу 3 дня спустя после выскабливания врачом в своем кабинете) было прободение, осложненное сепсисом. На рисунке 30 представлен препарат матки, сильно разорванной (врачем). Весь левый бок матки лопнул, видны сосуды. Больная была спасена своевременной операцией. Повреждение причинено внезапным, несколько грубым расширением. Такие серьезные повреждения далеко не редкость. В одном случае, где мне пришлось дать заключение вместе с несколькими др. гинекологами и судебными медиками, матка точно так же была разорвана. Было сильное внутреннее кровотечение. Женщина была найдена на паперти церкви, недалеко от дома врача, на которого пало подозрение. Требовалось установить, могла ли умершая после такого повреждения сама уйти от врача, или необходимо

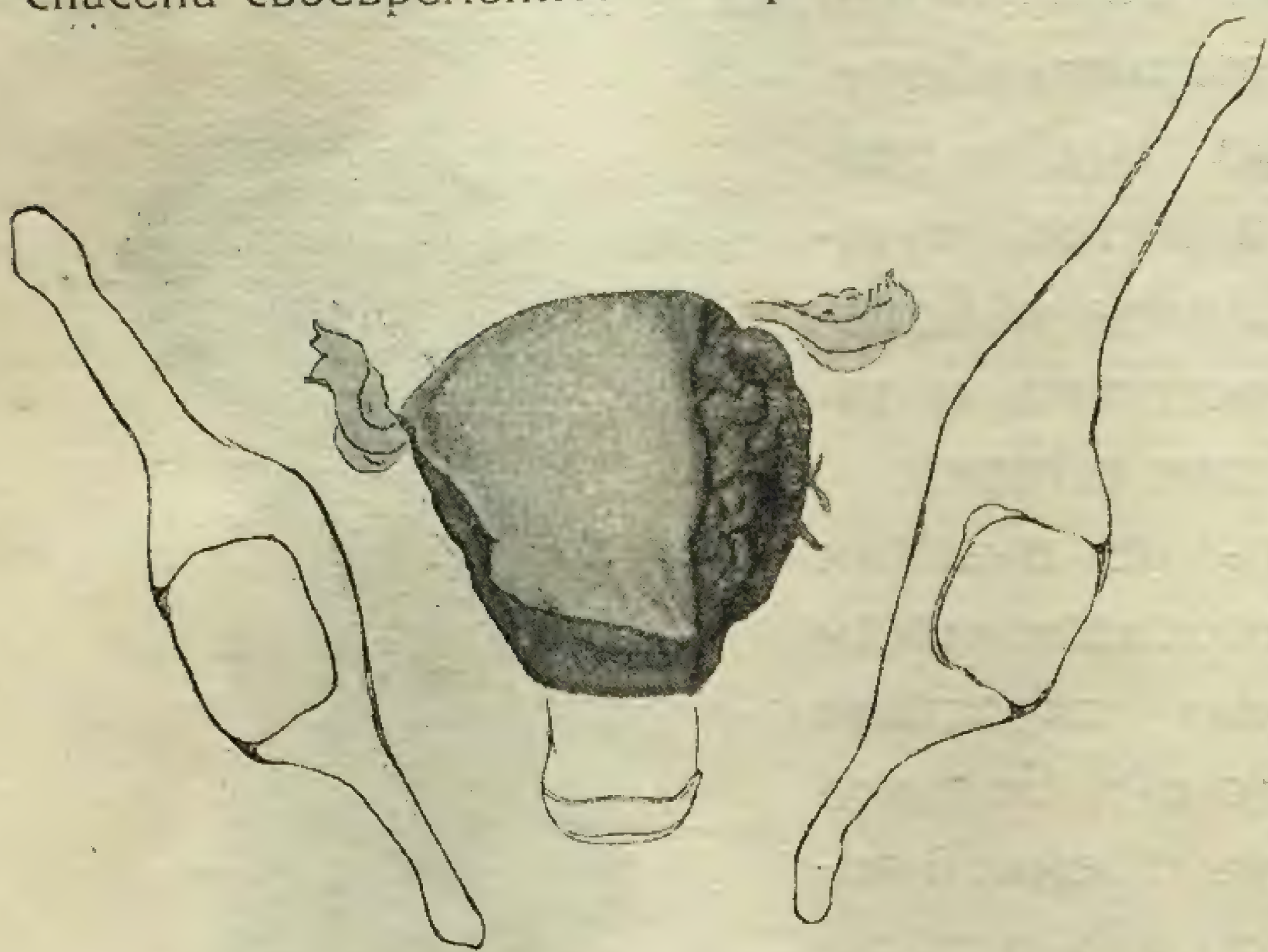


Рис. 30. В. Липмана, „Плодоизгнание“. Берлин, 1927 г.

исключить возможность самостоятельного ухода, или же, что врач, при участии других лиц (своего отца и двух рабочих), перенес труп из своей квартиры на указанное место. Комиссия экспертов высказалась в пользу „невозможности исключить самостоятельный уход после операции“.

Gueullette<sup>1</sup> передает, что во время одного выскабливания произошел коллапс. Операция обнаружила внутреннее кровоизлияние. На передней поверхности матки большая дыра в 4-5 см. L. Raemi-Boesch<sup>2</sup> рассказывает, как врач при удалении пальцами последа на 4 месяце беременности, обнаружил в полости опухоль (миома). Желая таким образом ее вылущить, врач вырвал всю матку со стороны заднего свода. Опухоли, конечно, не оказалось; он принял за опухоль тело матки. Была произведена операция, осложнившаяся гным параметритом (воспаление тазовой клетчатки), тем не менее больная через 4 недели выздоровела.

Обширные повреждения матки встречаются часто там, где выскабливание было произведено при закрытом или недостаточно открытом зеве.

Описанные повреждения (прободения) большей частью имеют характер колотых ран. Эти раны иногда трудно распознаются самим оператором. Бывает и так: операция протекает нормально, заканчивается, врач производит внутриматочное промывание какойнибудь-дезинфицирующей

<sup>1</sup> Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris. 1924. стр. 498.

<sup>2</sup> Ein Fall schwerster Verletzung bei manueller Ausräumung eines Abortes. Schweiz. med. Woch. 1923, № 2.



жидкостью для удаления мелких сгустков и возбуждения сокращений. При этом появляются признаки острого раздражения брюшины, свидетельствующие о попадании в брюшную полость жидкости. Это наталкивает на мысль о наличии прободения. Если промывают спиртом, то развиваются признаки острого опьянения, вследствие всасывания алкоголя брюшиной, как это было в моей практике<sup>1</sup>.



Рис. 31. В. Липмана, „Плодоизгнание“. Берлин, 1927 г.

Reeb<sup>2</sup> описал случай преступного аборта, вызванного впрыскиванием концентрированного лизола; при этом был поврежден задний свод влагалища, и образовалось большое забрюшинное кровоизлияние. Всасывание лизола вызвало токсический нефрит и перитонит, окончившийся смертью. Мутный перитонеальный экссудат оказался стерильным. Я глубоко убежден, что среди



Рис. 32. В. Липмана, „Плодоизгнание“. Берлин, 1927 г.

сотен тысяч выскабливаний, которые проделываются ежегодно, процент незамеченных полных или неполных прободений высок. На трупе случайно находят маленькие рубцы и сращения матки с окружающими органами, свидетельствующие

<sup>1</sup> См. Уч. суд. мед. Д. П. Косоротова, под моей ред.

<sup>2</sup> Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. № 9, 1923 г.



о ранее бывшем повреждении. На месте такого рубца может при следующей беременности образоваться разрыв.

### 3. Внутрибрюшинные прободения, осложненные повреждениями других важных органов

При каждом прободении возникает основной вопрос, поврежден ли кишечник. Отрыв петли кишечника от его брыжжейки, заключающей в себе кровеносные сосуды,

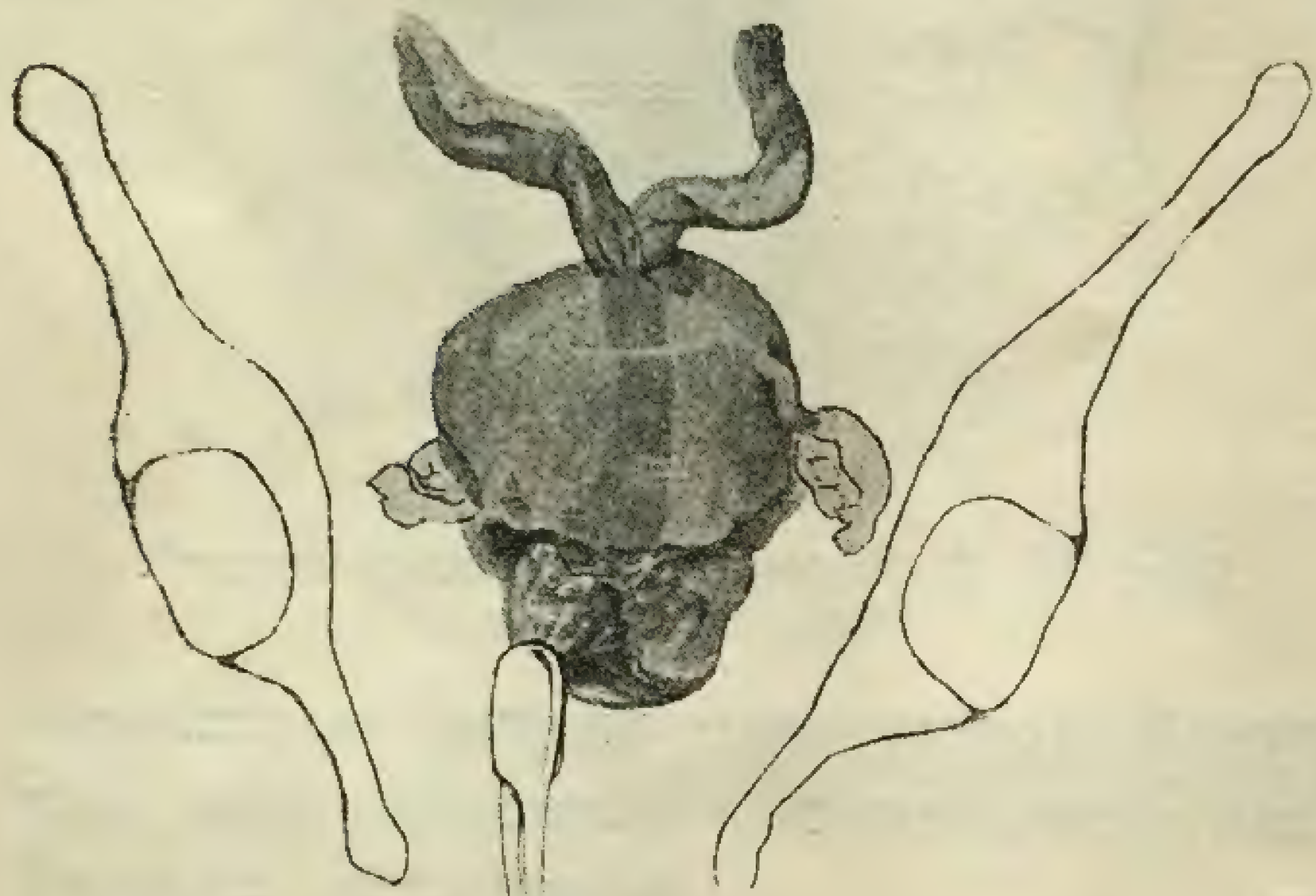


Рис. 33. В. Липмана, „Плодоизгнание“. Берлин, 1927 г.

лишает ее питания и ведет к омертвению и перитониту. Прободение кишечника влечет за собой поступление в брюшную полость кишечного содержимого с огромным количеством микроорганизмов (кишечная палочка и др.) и последующим перитонитом. Поэтому при

всяком сомнении или подозрении на повреждение кишечника производится чревосечение и тщательно обследуются петли кишок.

Рисунок 31 наглядно показывает, как abortные щипцы, работающие в таинственной глубине матки, захватывают по ошибке вместо плодного яйца стенку матки и отрывают кусок. Затем тот же инструмент проникает через образовавшееся отверстие и захватывает сальник (рис. 32) и петлю тонких кишок (рис. 33). В последнем случае больная была спасена, благодаря своевременной операции (резекции оторванной от своей брыжжейки кишечной петли, W. Liermann).

Повреждения кишечника таким путем довольно часты и представляют весьма серьезные осложнения прободения.

Мне пришлось неоднократно давать заключения по таким делам. Врач С., производивший на дому аборт беременной на 3-ем месяце, заметил прободение матки и заявил об этом немедленно мужу, посоветовав тотчас же отвезти жену в больницу. Больная поступила в больницу со схваткообразными болями, вздутым и напряженным животом. Маточный зев был открыт. В полости матки остатков плодного яйца не обнаружено. На следующий день в больнице произвели контрольное

...ирование мат...  
...х чревосечению.  
...е кишки, где был...  
...ую с 3-хкопе...  
...жимого кишечни...  
...аглухо зашит. Че...  
...а.  
...з вскрытии оказал...  
...твойный эндометри...  
...ились. Инфекция...  
...ов, а не из кише...  
...но было дано со...  
...на совершенно изл...  
...быть занесена ин...  
...началась в производ...  
...тно, была внесена...  
...полне допустимо, ч...  
...инфекции в брюш...  
...рении на пр...  
...ции необход...  
...нейшее лечение —...  
...тельств. При под...  
...на повреждение ки...  
...альнейший ход опер...  
...или активный (уд...  
...из. Что не следует о...  
...ившего выскаблив...  
...а. Беременная обр...  
...спринцеваниями и...  
...бливание. Часть пл...  
...ов. С больной сдел...  
...рассказу врача, что...  
...врежден, Liermann...  
...умерла на 5-й ден...  
...е кишки оторваны...  
...ятся каловые массы...  
...или через большо...  
...сть.  
...весь врач, следовате...  
...й стенки, захватил и...  
...и вскрыл кишечни...  
...затем через отверсти...  
...понятия не имел о...  
...случае А. Mueller'a с...  
...ете, извлек такое бо...  
...значительное умень...  
...заного ведра и поло...  
...то трубная беремен...  
...ременную матку, м...  
...ую матку принима...  
...расширением м...  
...ождение не только...  
...ожимое кисты изл...  
...случай мне пришл...  
...одой врач, то...  
...ологическ...



зондирование матки и обнаружили отверстие, после чего приступили к чревосечению. Прободное отверстие матки было зашито. На тонкие кишки, где было обнаружено повреждение серозного покрова величиною с 3-хкопеечную монету, был наложен двухэтажный шов. Содержимого кишечника в брюшной полости не оказалось. Живот был наглухо зашит. Через неделю больная погибла от гнояного перитонита.

На вскрытии оказалось, что исходным пунктом инфекции брюшины был гнойный эндометрит; швы на матке разошлись, а на кишечнике сохранились. Инфекция, несомненно, проникла со стороны половых органов, а не из кишечника.

Мною было дано соответствующее заключение, причем было указано на совершенно излишнее зондирование полости матки при котором могла быть занесена инфекция из полости матки в брюшину. Вина врача заключалась в производстве аборта в ненадежных условиях, причем, вероятно, была внесена инфекция в матку.

Вполне допустимо, что зондирование способствовало распространению инфекции в брюшную полость. Существует правило: при подозрении на прободение, внутриматочные манипуляции необходимо немедленно приостановить. Дальнейшее лечение — покой или операция — зависит от целого ряда обстоятельств. При подозрении на возможность внесения инфекции или на повреждение кишечника, показывается чревосечение.

Дальнейший ход операции — консервативный (наложение швов на матку) или активный (удаление матки), — также зависит от особенности случая. Что не следует особенно полагаться на показания врача, производившего выскабливание, учит нас следующий случай W. Liermann'a. Беременная обратилась к акушерке, которая у нее вызвала аборт спринцеваниями и массажем. На следующий день врач сделал выскабливание. Часть плодного яйца удалена при помощи абортных щипцов. С больной сделан во время операции обморок. Доверившись рассказу врача, что все плодное яйцо было удалено и кишечник не поврежден, Liermann удалил матку со стороны влагалища. Пациентка умерла на 5-й день после операции. На вскрытии обнаружено: тонкие кишки оторваны на протяжении 60 см.; в брюшной полости находятся каловые массы. Разорванная головка плода и части последа проникли через большое прободное отверстие в матке в брюшную полость.

Здесь врач, следовательно, сделал прободение, оторвал куски маточной стенки, захватил и извлек петлю кишечника, оторвав от брыжейки, и вскрыл кишечник. Разорванные части плода и последа попали затем через отверстие в брюшную полость. Замечательно, что врач понятия не имел о всей этой катастрофе!

В случае A. Mueller'a один врач, производя выскабливание в своем кабинете, извлек такое большое количество кишечных петель, что заметил значительное уменьшение живота. Затем он вынул эти кишки из грязного ведра и положил обратно „на место“.

Что трубная беременность может быть принята ошибочно за беременную матку, мы уже говорили. Случается, что за беременную матку принимается яичниковая киста. При этом энергичным расширением матки и „выскабливанием“ производится прободение не только матки, но даже яичниковой кисты. Содержимое кисты изливается в брюшную полость. Подобный случай мне пришлось исследовать.

Молодой врач, тотчас же после окончания университета, занялся „гинекологической“ практикой. Произведя выскабливание у одной



25-летней женщины, имевшей 2-х детей, он отпустил ее домой. Вследствие сильных болей живота и лихорадочного состояния она поступила в больницу и, спустя несколько дней, умерла от перитонита.

На вскрытии была обнаружена малая небеременная матка с 4 или 5 прободными отверстиями, покрытыми гнойными налетами — гнойный перитонит. Вправо от матки небольшая яичниковая киста, в срощениях, поврежденная, вероятно, кюреткой во время выскабливания. Кистозная жидкость поступила в брюшину. Врач, узнав о смерти пациентки, скрылся.

Подобный случай описал V. Stoekel<sup>1</sup>: прободение с отрывом куска правой трубы и повреждением правого яичника. Кишечник и сперматическая артерия остались неповрежденными. Больная после операции выздоровела.

Комбинацию внематочной беременности и прободения описывает Hammerschlag<sup>2</sup>; 30-летней пациентке на 3-ем месяце беременности введен в целях аборта какой-то инструмент в матку, после чего последовал коллапс. При приеме в клинику — сильное малокровие. Немедленно произведенное чревосечение обнаружило прободение матки слева и лопнувшую левостороннюю внематочную беременность. Больная выздоровела.

В случае Süssmann'a<sup>3</sup>, при искусственном аборте была вырвана прямая кишка и нижний отрезок толстой кишки (colon sigmoideum).

В практике Берлинской Charité за бытность W. Liermann'a один врач, при вычистке — аборте (на позднем месяце беременности) проник всеми четырьмя пальцами через всю толщу стенки матки. Пациентка умерла от повреждений (рис. 24).

Behrend (см. у W. Liermann'a) сообщил о том, как врач при опорожнении незаконченного аборта на 6 или 7 мес. вырвал всю матку. Больная умерла в лечебнице от истечения кровью (рис. 25).

Оба эти случая показывают, насколько мягка беременная матка.

#### Локализация повреждений матки

В цитированной мною работе Владимирского имеются подробные указания относительно наиболее частой локализации поврежденной матки и др. органов: на теле матки обнаружены повреждения 17 раз, на шейке 24 раза, на влагалище 2 раза (см. табл. на стр. 251).

По данным Владимирского и др. следует, что большинство повреждений приходится на шейку; из отдельных частей тела ранится дно и задняя стенка (последнее объясняется нормальным положением матки, наклоненной кпереди). На дне повреждения бывают чаще около маточных отверстий труб. На теле матки наблюдались по большей части проникающие колотые раны неправильной округлой формы, в одном случае (кюреткой) треугольной формы, от  $1\frac{1}{2}$  —  $1\frac{1}{2}$  см. в диаметре. Иногда колотый канал принимал резко восходящее направление. В одной четверти случаев: повреждения тела матки имели характер более или менее глубоких или полных разрывов, длина которых иногда значительно превышала ширину. Так, в одном случае двухмесячной беременности дно матки было разорвано в поперечном направлении; в другом случае во время выскабливания матки кюреткой, в конце 3-го месяца беременности, произошел продольный разрыв задней стенки на протяжении 7 сант., с выходом частей плода в брюшную

<sup>1</sup> Uterusperforation mit schwerer Verletzung der Adnexe. Zentrbl. Gyn. № 35, 1922 — См. также: Menge Forensisches zur Abortausräumung. Zentrbl. f. Gyn. № 30, 1922 г.

<sup>2</sup> Fall von Abtreibung bei Extrauterin gravidität.

<sup>3</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 10, 1926 г.

колостомия; врач опер  
обращает вниман  
ственность по  
в области наруж  
колотые раны (з  
случаев ранения  
ных или глубоких  
вершено совпада  
случае буж при  
параллельных друг  
ружного зева и в  
полагает, что буж  
складки слизистой  
длись в сводах и  
неровны, пропита  
воспалительных яв  
щие ткани были р  
можно, от инфекц  
риалов Владимирск  
ченном аборте, при

Локализация повре  
ждений

Тело матки	Дно . . . . .
	задняя стенка . . . . .
	передн. . . . .
	перед. и задн. . . . .
Шейка (преим. . . . . стенка)	
Влагалище (с . . . . .	

На рису  
исключени  
ждения: . . .  
читель Г . . .  
и отрыв  
ные пе  
тель . . .



полость; врач оперировал целых  $1\frac{1}{2}$  часа на дому у акушерки. На шейке обращает внимание в приведенных Владимирским случаях множественность повреждений и преимущественно на задней стенке в области наружного и внутреннего зева и на протяжении канала; колотые раны (зондом) представляли исключение. В большинстве случаев ранения шейки имели характер разрывов, более поверхностных или глубоких, что также видно на препаратах W. Liermann'a и совершенно совпадают с несколькими моими наблюдениями. В одном случае буж причинил 3 продольных поверхностных разрыва, параллельных друг другу, причем они имели наибольшую глубину у наружного зева и в дальнейшем постепенно сглаживались. Владимирский полагает, что буж при прохождении шейечного канала углублялся в складки слизистой и затем их разрывал. Ранения влагалища редко находились в сводах и также принадлежали к разрывам: края их были неровны, пропитаны кровью и гноем, иногда слипшиеся вследствие воспалительных явлений. В единичных случаях края раны и окружающие ткани были размягчены, гангренифицированы, что зависело, возможно, от инфекции или применения едких жидкостей. Среди материалов Владимирского были также случай прободения при незаконченном аборте, причем во всех случаях замешана рука акушерки.

Локализация повреждений	Число случаев	Количество повреждений	Характер повреждений		Всего повреждений	
			Проникающие колотые раны	Рваные раны		
Тело матки {	Дно . . . . .	6	6	—	—	—
	задняя стенка . .	4 в том числе 1 сл. совм. мест. с ранен. шейки	3	13	4	17
	передн. " . . .	2	3	—	—	—
	перед. и задняя .	1 (совм. с ранен. шейки)	3	—	—	—
Шейка (преим. задн. стенка) . . . . .	12, в том числе 2 случая с ранен. тела матки и влагалищ.	24	1	23	24	
Влагалище (своды) . . .	2, в том числе 1 сл. совм. с ранен. шейки	—	—	—	—	

На рисунке 34 представлены некоторые инструменты (за исключением бу́жа), которые чаще всего причиняют повреждения: корнцанг, абортные щипцы, кюретка, зонд, расширитель Гегара. Опаснее всего инструменты, захватывающие и отрывающие куски стенки матки и увлекающие кишечные петли; менее опасна кюретка, еще менее — расширитель и буж.



Относительно частоты, повреждений инструментами отметим сопоставление Buschmann'a<sup>1</sup>. Среди 2742 выскабливаний в течение 14-летнего периода с 1911 по 1924 г. (унив. гин. клин. в Марбурге) — 67 случаев установленного прободения, причем:

14	прободений	произведено зондом,
26	"	расширителем,
27	"	кюреткой.

М. Hirsch<sup>2</sup> собрал из литературы и своих собственных 291 случай прободений матки, из них в 30,9% не было беременности. По виду "орудия", его случаи распадаются на:

прободения	кюреткой	124 сл. — 42,9%
"	зондом	53 " — 18,2 "
"	абортн. шипц.	52 " — 18,2 "
"	ширителями	28 " — 9,6 "

Но Нейн'у<sup>3</sup>, из 16 сл. прободений 7 было произведено расширителем Негар'а, 3 — пальцем (из них в 1 сл. — при удалении головки плода). Из 7 повреждений расширителями 5 имели направление в правостороннюю околоматочную клетчатку. Schreiner<sup>4</sup> описал повреждение заднего свода аллюминиевым концом шприца, найденным в брюшн. полости при чревосечении.

#### 4. Редкие случаи повреждений

Патологическая игра природы разнообразна и полна неожиданностей. Иногда диагностика абортa и его осложнений (см. ниже) затруднена до крайности, а судебно-медицинская — тем более<sup>5</sup>.

В клинику W. Liepmann'a доставлена женщина с инфицированным абортom. Врач, производший аборт, сказал,

что матка совершенно опорожнена и считает повышенную температуру воспалительного происхождения. Было заподозрено прободение, но

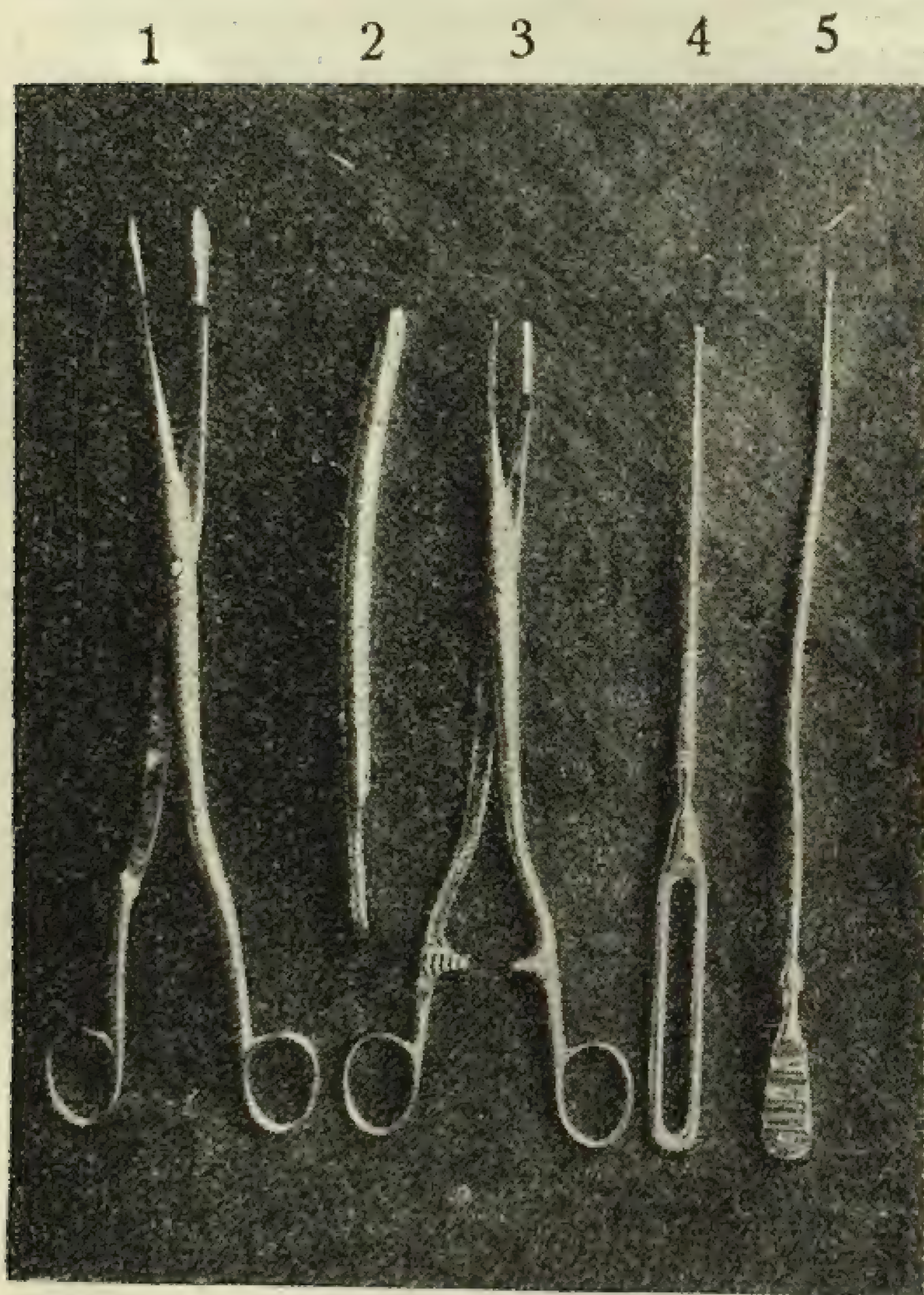


Рис. 34. Акушерские инструментальные чаще всего причиняющие прободение: 1. Абортные шипцы. 2. Расширитель. 3. Корнцанг. 4. Кюретка. 5. Маточный зонд.

<sup>1</sup> Über Uterusperforationen. Zentrbl. f. Gyn. 1926, № 24.

<sup>2</sup> Die Uterussonde ist ein gefährliches und entbehrliches Instrument. Zentrbl. f. Gyn. 1926, № 36.

<sup>3</sup> Über Uterusperforationen. Kl. Woch. 1922, № 26.

<sup>4</sup> Zentrbl. f. Gyn. 21, 1926 г.

<sup>5</sup> См. также Outerbridge (Филадельфия). Случайные повреждения матки. Сообщение о 3 х сл. (Реф. в Zentrbl. f. Gyn. 1924 г. № 20). Все случаи с поврежд. кишечника: в 2-х сл. — врачами, в одном сл. — пациентка.

Рис. 35. В. Липм

гнание. Бер

Уже говорил  
менность иногда  
31-летняя не  
считая себя бер  
ная беременнос  
в которой нахо  
кровотечение, с  
энергичные мер

себе сама ввела к  
traperitoneal her  
and gynec. St. Loui  
Zentrbl. f. Gyn. № 3  
ения матки Жд. а  
signe de conduite  
sociales. Strassbourg  
and Darmverletzung  
Gebärm. M. med.



исследование ничего не выявило. Состояние больной все ухудшалось, и через 3 суток после аборта она умерла.

На вскрытии оказалось большое отверстие в матке, прикрытое выпавшим в брюшную полость последом, так что при исследовании не представлялось возможным установить наличие повреждения. Плод находился с плодными оболочками в свободной брюшной полости, окруженной большим количеством крови. Анамнез и заявление врача повели по ложному пути. Немедленная операция, по мнению W. Liermann'a, могла бы дать значительные шансы на спасение.

Рис. 35 и 36 показывают этот случай на вскрытии.

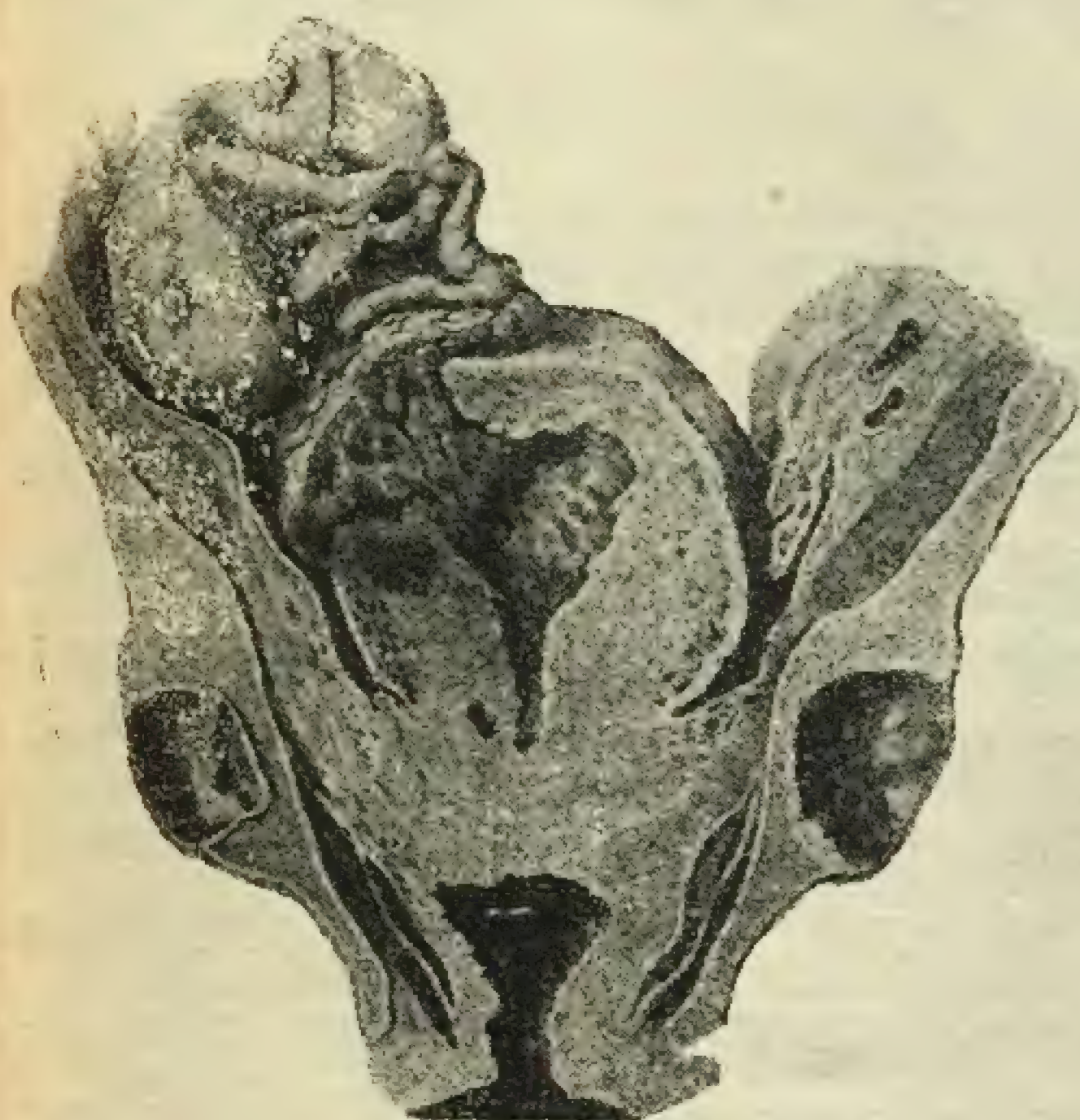


Рис. 35. В. Липмана. Плодоизгнание. Берлин 1927 г.

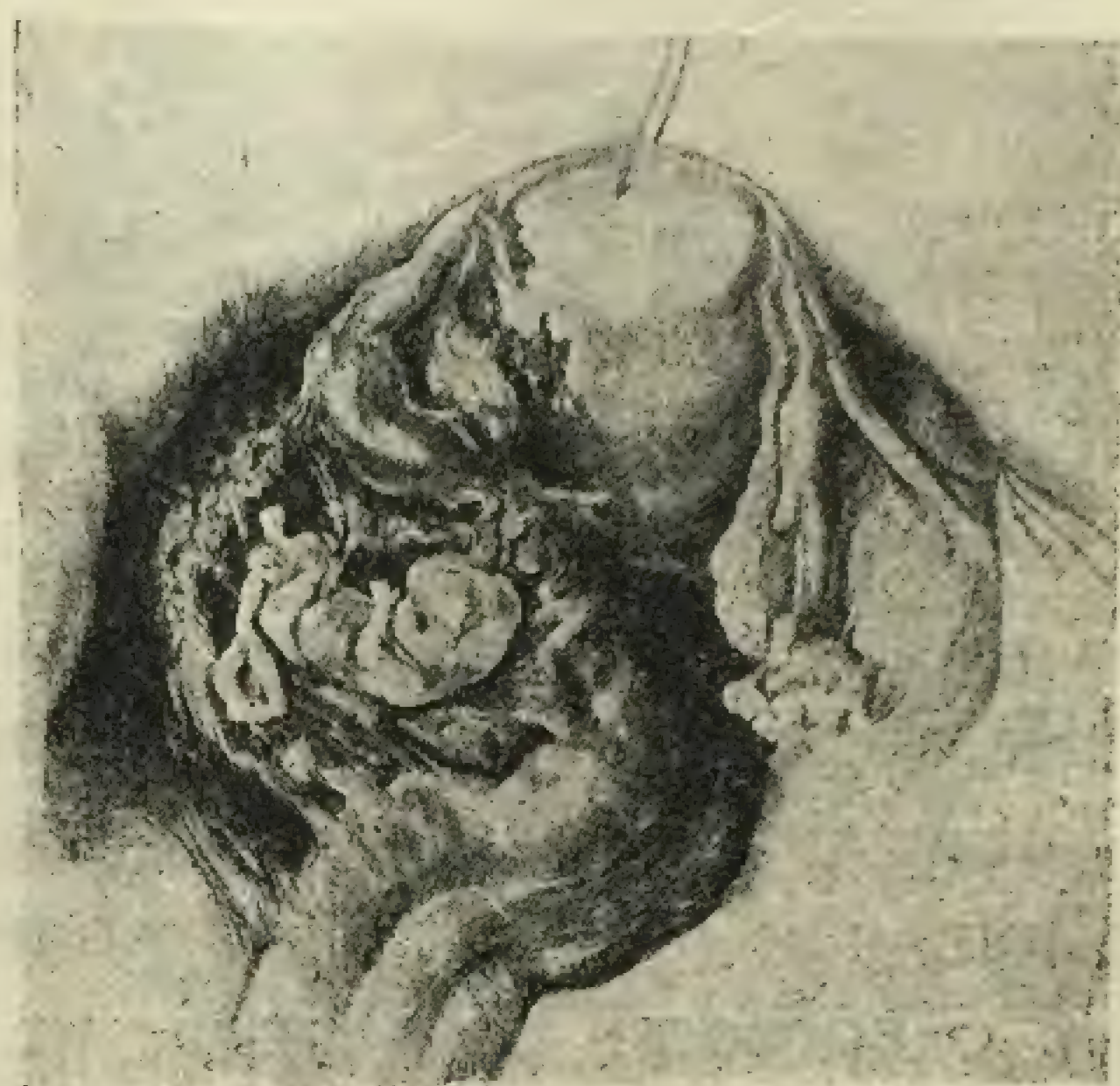


Рис. 36. В. Липмана. Плодоизгнание. Берлин 1927 г.

Уже говорилось неоднократно, что внематочную беременность иногда принимают за внутриматочную.

31-летняя нерожавшая обратилась к врачу за аборт, считая себя беременной. Действительно оказалась брюшинная беременность. При выскабливании разорвалась оболочка, в которой находился плод. Произошло сильное внутреннее кровотечение, от которого больная погибла, несмотря на энергичные меры (операцию, переливание крови).

себе сама ввела катетр, который отломился. Dawning. Le Mars, Iowa. Intraperitoneal hemorrhage complicating abortion. Amerjourn. of Obst. and gynec. St. Louis—G. Raestrup Ein aussergew. Fall von krimin. Abort. Zentrbl. f. Gyn. № 34. 1925 г. — Г. Гентер, к вопросу о терапии прободения матки Жд. ак. и жен. бол., т. 35, кн. 1. Ленинград 1924, — Schickele Ligne de conduite pour l'avortement therapeutique. Les indications dites sociales. Strassbourg medical № 1. 1926 г. — H. Schmidt, Uterusperforation und Darmverletzung beim Fruchtabtreibungs versucht an der nicht schwang. Gebärm. M. med. W. 1921, № 28.



Какова смертность от прободений.

По Herbig'у, в 134 сл. выжило 99, или 73,9%; остальные 35=26,1% умерли; Liermann и Wels среди 266 собранных из литературы случ. нашли 83 смерти = 31,2%, и 183 — 68,8% было спасено. При этом не следует забывать, что сообщаются, гл. обр., случаи с счастливым исходом. Все умершие были либо инфицированы, либо оперативная помощь была слишком поздно оказана, ввиду тех или иных обстоятельств.

#### г) ИНФЕКЦИЯ

Подобно срочным родам, при аборте и преждевременных родах также встречаются эндогенная и экзогенная формы инфекции. Картина болезни родильной лихорадки с многообразием симптомов и участием других органов вполне соответствует послеродовой инфекции при срочных родах. Но так как при аборте гораздо чаще внутриматочные манипуляции невежественных или мало квалифицированных лиц, чем при срочных родах, то септические заболевания и смертность от аборта, по единодушному мнению гинекологов, значительно чаще. Если абортировавшая женщина сильно лихорадит, то можно заключить с большой степенью вероятности, что аборт произведен искусственно. По Schäfer'у<sup>1</sup>, на богатом материале Берлинской акуш. - гин. клиники Charité, поставленной во многих отношениях образцово, среди 5000 абортов (1913-25 г.) смертность была 3,25%, т. е. во много раз превышала смертность от срочных родов. По материалам акушерской клиники I МГУ % смертности среди всех поступивших с неполным абортом равен 2,6% (Из 387 сл. было 8 смертей). Л. А. и А. М. Василевские считают % смертности в 4% (цит. по Владимирскому).

В огромном большинстве случаев смерть наступает непосредственно в результате заражения, либо осложнений матки или кишок (перитонит, сепсис). Случаи смерти при явлениях острого малокровия и по др. причинам (эмболии) составляют меньшинство. Иногда смерть наступает спустя долгое время после аборта, напр., в случае Völchnen — через 4 года от септического эндометрита<sup>2</sup>.

Возбудители инфекции те же, что и при срочных родах.

<sup>1</sup> Zentrbl. f. Geb. u. Gyn. T. 9, кн. 2, 1926 г.

<sup>2</sup> D. Z. f. d. g. g. Med. 1926 г., т. 8, кн. 1-2.

Особенно  
вой ганг  
ведут к сме  
и бронзово  
кожной кле  
гангрены с  
инфекции с  
них органов  
Встреча  
ный и тубе  
В судеби  
ли внутрим  
требление  
чистая вода  
хотя и не с  
гноеродных  
этому, хотя  
воду, но о  
примешиван  
например, ф  
но в экстре  
вполне допу  
чительным  
С одной сто  
клиниках, ра  
ными силам  
дицинским п  
случаи прот  
случай, когд  
жены „зата  
сеном, в кот  
мов. После  
крестьянка  
<sup>1</sup> Veit, M.  
1914 № 41.  
<sup>2</sup> У 38 лет  
развился мили  
реф. работы Ис  
гает, в виду отс  
милярный туб  
нойники.



Особенно неблагоприятны заражения микробами газовой гангрены и столбняка. Газовые бациллы быстро ведут к смерти при тяжелых общих явлениях гемоглобинэмии и бронзовой окраски кожи, иногда газовой эмфиземы подкожной клетчатки<sup>1</sup>. Е. Schtrassmann описал случай газовой гангрены с эмболией легочной артерии (картина септической инфекции с наличием бацилл газовой гангрены во внутренних органах).

Встречаются и более редкие формы сепсиса: гоноррейный и туберкулезный (Ickert и Neubelt<sup>2</sup>).

В судебной практике однажды возник вопрос, допустимы ли внутриматочные спринцевания некипяченой водой. Употребление загрязненной воды, конечно, недопустимо. Но чистая вода из хорошего водопровода, например, московского, хотя и не старильна, но не содержит, обычно, патогенных гноеродных микроорганизмов, вызывающих инфекцию. Поэтому, хотя очень не рекомендуется употреблять некипяченую воду, но особенного вреда от нее ожидать нельзя. Если примешивают к ней какое-нибудь антисептическое средство, например, формалин, то употребление ее, хотя нежелательно, но в экстренных случаях (для остановки кровотечения) вполне допустимо. Во всяком случае, это не является значительным упущением. Вообще, инфекция весьма капризна. С одной стороны, встречаешь ее в прекрасно оборудованных клиниках, располагающих к тому же высоко-квалифицированными силами и хорошо обученным средним и низшим медицинским персоналом; с другой стороны, — самые „грязные“ случаи протекают почти без последствий. Я помню один случай, когда крестьянин при послеродовом кровотечении жены „затампонировал“ ей матку и влагалище свежим сеном, в котором находятся мириады разных микроорганизмов. Послеродовой период прошел безлихорадочно, и крестьянка вскоре стала на работу.

<sup>1</sup> Veit, M. Med. W. 1918. № 27. — E. Fraenkel u. Dirks. Zentrbl. f. Gyn. 1914 № 41.

<sup>2</sup> У 38 летн. берем. (5-я беременность) вслед за искусствен. абортom развился милиарный туберкулез со смертельным исходом. E. Fraenkel, реф. работы Ickerta и Neubelt'a (Zeitschr. f. Med.—B. № 15, 1926 г.), полагают, в виду отсутствия гистологич. исслед., что в данном случае не был милиарный туберкулез, а множественные мелкие септико-пиемические гнойники.



Относительно локализации метастатических очагов можно лишь повторить вышесказанное о родильной лихорадке.

Мне пришлось видеть однажды единственное осложнение в виде гнойного воспаления левостороннего тазобедренного сустава, в другой раз — перикардит. Другие явления отсутствовали. Ворота инфекции те же — по трубам, по кровеносным и лимфатическим сосудам.

В заключение рассмотрим несколько случаев.

1. Гр. П - ва, почувствовав себя беременной, в декабре 1924 г. обратилась к женщине - врачу Р., которая уже неоднократно производила ей аборт, и осталась на квартире у последней. Явившемуся в тот же день мужу гр. П - вой врач Р. посоветовала тотчас же отвести жену в больницу, так как она обнаружила у нее правостороннюю внематочную беременность. В больницу гр. П - ва прибыла с явлениями внематочной беременности. В течение последующих дней развились явления острого гнойного перитонита. Чревосечение обнаружило прободение матки и тонких кишок: внематочной беременности не оказалось. Больная скончалась.

На вскрытии обнаружено прободение матки. На передней поверхности ее слева имелось отверстие длиною около  $\frac{1}{2}$  см., с ровными краями, покрытыми кровяными сгустками и сероватыми пленками. Раневой канал шел косо через стенку матки в направлении справа налево и был заполнен рыхлыми кровяными сгустками.

К поверхности матки канал становился шире. Почти доходил до слизистой оболочки, где не удалось обнаружить отверстия (заращено). В полости матки находился зародыш в 4 см. длиною, в неповрежденном плодном пузыре. В левой позвздошной области на одной из петель тонких кишок были найдены следы хирургических швов, свидетельствовавших о бывшем повреждении.

Прободение матки и кишок могло быть вызвано тонким и длинным инструментом, введенным в полость матки с целью плодизгнания. Комиссия экспертов, дававшая заключение по данному делу на основании материалов дознания и следствия, истории болезни и акта вскрытия, пришла к следующему заключению: 1) прободение матки могло быть причинено длинным тонким инструментом, введенным в полость матки; 2) этим же инструментом были нанесены повреждения на тонкой и толстой кишке; 3) опухоль, обнаруженная у гр. П - вой при поступлении в больницу и во время операции, оказалась серозно-кровянистым эксудатом, симулировавшим внематочную беременность; 4) в виду того, что явления перитонита стали развиваться только спустя 4 дня после поступления в родильный дом, следует полагать, что в данном случае имело место не прободение кишки, а ее травматизация с гангренизацией, сопровождавшейся проникновением кала в брюшную полость и последующим перитонитом; 5) возможно, что зондирование полости матки было произведено д - ром Р. с диагностической целью (что совершенно неуместно при подозрении на внематочную беременность) или в качестве предварительного акта операции искусственного прерывания беременности (врач Р. показывала на допросе, что гр. П - ва явилась к ней с жалобами на боль живота и кровотечение, — что, однако, категорически отвергалось родными покойной, утверждавшими, что П - ва была вполне здорова и пошла к врачу Р. именно в целях аборта, так как она уже неоднократно у нее производила выкидыш и ей доверяла, — и что она ввела зонд в полость матки для исследования, но зонд ушел в сторону).

Мы видим 3  
уюся неудачн  
ого, чтобы сра  
больницу, пр  
аточной б  
им явлениям.  
едленно, давал  
огда же разви  
ент для опера  
Такие случа  
правление при  
ичны.

Приведу дру  
2. 14 декабря  
ебницу для про  
кушкой лечеб  
зят раствор сулем  
ом месте стоит бу  
тыли (в ней ока  
ружку тепловатой  
Больной сразу  
в, владелец лечеб  
делана клизма. А  
из какой бутылк  
ана еще одна  
часа через два  
"омощи" была д  
беременность". В  
ошло, и там при  
еал сомнение, пр  
женности не о  
ижних отделов то  
ась неясной до с  
На вскрытии  
удалось установи  
Эксперты при  
р. Р. повреждени  
то, судя по измен  
раствор сулемы в  
той оболочки явл  
0; 1000,0—2000,0  
их мер можно б  
альной и, может  
ушерка лечеб  
ию в "убийстве  
год, акушерка  
ельность на 2  
Если пр  
ого честн  
гаться от  
Люб  
Судебн



Мы видим здесь попытку произвести выкидыш, закончившуюся неудачно. Заметив прободение матки, врач Р., вместо того, чтобы сразу поставить об этом в известность больную и больницу, придумала правдоподобную версию о внематочной беременности, благодаря некоторым схожим явлениям. В данном случае операция, произведенная немедленно, давала бы известные шансы на спасение больной. Когда же развились симптомы гнойного перитонита, то момент для операции был упущен.

Такие случаи, когда попытку аборта, повреждение или отравление приписывают внематочной беременности не единичны.

Приведу другой случай, к счастью очень редкий <sup>1</sup>.

2. 14 декабря 1922 г. гр. Р. около 8 ч. вечера прибыла в частную лечебницу для производства аборта. Перед операцией ей была сделана акушеркой лечебницы клизма, для которой вместо воды был ошибочно взят раствор сулемы. Акушерка, полагая, что в операционной на обычном месте стоит бутылка с водой, налила около  $\frac{1}{3}$  кружки из этой бутылки (в ней оказался крепкий раствор 1 : 300,0 сулемы), дополнила кружку тепловатой водой и сделала клизму больной.

Больной сразу стало плохо: появились тенезмы и слабость. Врач Б., владелец лечебницы, прибыл в лечебницу уже после того, как была сделана клизма. Акушерка объяснила врачу, что произошло с больной и из какой бутылки она брала „воду“ для клизмы. Больной была сделана еще одна клизма из воды, назначены грелки на живот, и часа через два больная вызванной в лечебницу каретой „Скорой Помощи“ была доставлена в больницу с диагнозом „внематочная беременность“. В больнице больная не могла объяснить, что с ней произошло, и там пришлось, хотя диагноз внематочной беременности и вызвал сомнение, прибегнуть к пробной лапоротомии. Внематочной беременности не оказалось, а было обнаружено резкое воспаление нижних отделов толстой кишки. Но природа этого воспаления оставалась неясной до самой смерти больной.

На вскрытии после химического анализа внутренностей только и удалось установить истинный диагноз.

Эксперты пришли на следствии к заключению, что полученное гр. Р. повреждение относится к разряду тяжких, опасных для жизни, что, судя по изменениям толстых кишок, обнаруженных на вскрытии, раствор сулемы в данном случае был „крепким“, каковым для слизистой оболочки является даже обычно употребляемый в хирургии раствор 1,0 : 1000,0—2000,0 и что в случае быстрого применения соответствующих мер можно было надеяться на облегчение тяжелого состояния больной и, может быть, повлиять благоприятно на конечный исход. Акушерка лечебницы и врач Б. были привлечены к суду по обвинению в „убийстве по неосторожности“ и осуждены (условно): врач на 1 год, акушерка на 6 мес. при чем врачу запрещена врачебная деятельность на 2 года, акушерке на 1 год.

Если приведенный случай вызовет возмущение у всякого честного врача, то нижеследующий заставляет содрогаться от негодования.

<sup>1</sup> Любезно сообщен мне д-ром Ижевским.



Женщина - врач Б - на в 1925 г. обвинялась в том, что сделала у себя на дому аборт на 3 - ем месяце беременности гр. С - ной с прободением матки и кишечника. Вместо того, чтобы отвезти женщину немедленно в больницу и содействовать операции, врач Б - на выждала смерти пациентки (через сутки), усадила мертвую со своим сыном на извозчика, поручив последнему доставить „тяжело - больную“ на квартиру. Однако, адрес был перепутан, сын по дороге сбежал. Извозчик узнав, что имеет дело с трупом, отвез его в милицию.

На следствии и суде Б - на упорно отрицала свою вину и утверждала, что к ней явилась гр. С - на с неполным абортом и была отправлена домой еще при жизни<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Привожу извлечение из акта суд.-мед. вскрытия трупа гр. С - ной.

#### Наружный осмотр.

Труп женщины 29 лет, ростом 159 см., телосложения крепкого, питания умеренного. Общий цвет трупа светло - красноватый. Трупные пятна красновато - багровые расположены на спине. Окоченение сохранено. Область живота синевато - зеленого цвета. Соединительные оболочки багрового цвета. Отверстия носа, рта и ушей свободны и чисты. В области левого плеча видны темнобурые точки от уколов шприцем. Других изменений и повреждений на трупе не обнаружено. Из половой щели выделяется немного крови, внутренние стороны верхней части бедер помараны кровью. Из грудных желез выдавливается мутноватая жидкость. Соски темно - буроватые.

#### Внутренний осмотр.

Мягкие покровы черепа сухи, малокровны, не повреждены. Кости черепа нормальной толщины. Швы их зарощены. Вдавления и гребешки на основании в пределах нормы. Твердая мозговая оболочка полнокровна; в продолговатой пазухе кровь. Мягкая мозговая оболочка полнокровна, влажна. Вес мозга 1280 грамм. Мозговое вещество влажно, полнокровно. В боковых желудочках нормальное количество прозрачной серозной жидкости. Мягкие покровы шеи, груди, живота неповреждены. В пищеводе имеются пищевые массы ярко - желтого цвета. Слизистая его синеватого цвета. Гортань и дыхательное горло пусты, слизистая их бледна. Легкие свободны, всюду проходимы для воздуха; на разрезе ткань их малокровна, красноватого цвета. Сердце нормальной величины, дрябло, мышца его имеет вид вареного мяса. В полостях его жидкая, темная кровь. В брюшной полости около литра мутной, смешанной с содержимым тонких кишок, жидкости. Селезенка, почки и печень нормальной величины, малокровны. Капсула почек снимается легко.

В желудке около стакана ярко - красной пищевой жидкости. Слизистая его вздута гнилостными газами. Серозная оболочка брюшины

Инфекция,  
редается плод  
жидкость. При  
левания (тиф,  
или их токсины  
к плоду. В сл  
в полость мат  
жению и смер  
ние происходи  
в виду весьма  
организме пло  
В одном слу  
шлось дать зак

всюду ин'ецирова  
и толстых кишек  
толстых кишках ж  
зистая его у моч  
налития сосудов. М  
ней ее стенке, не  
отверстие 4 X 2 ми  
в это отверстие,  
в одной из петель  
от слепой кишки и  
краями. Брыжжейк  
лежащих, проника  
в клетчатке вокруг  
матки имеется темн  
крепления последа  
ного цвета. В обл  
имеется раневое от  
ним отверстием. П  
овата, пропитана н  
канал идет снизу в  
матки слева имеется  
пропитаны кровью,  
во влагалище нахо  
жичнике желтое тел  
Заключение: См  
последовавшего от  
месяце.  
Врач Б - на  
лишению св



## Инфекция плодного яйца

Инфекция, поражающая беременную, двояким путем передается плоду: через послед или через амниотическую жидкость. Примером первого являются остро заразные заболевания (тиф, скарлатина, сепсис), при которых возбудители или их токсины переходят гематогенным путем от матери к плоду. В случаях второго рода инфекция, проникающая в полость матки, поражает плодное яйцо и ведет к заражению и смерти зародыша. В септических случаях загнивание происходит очень быстро, а гниение трупа младенца, в виду весьма благоприятных условий (обилие жидкости в организме плода и тепло-влажная среда), — в особенности.

В одном случае смерти беременной от сепсиса мне пришлось дать заключение на вопрос, могла ли гнилость плода всюду инъецирована, грязно-сероватого цвета, мутна. На петлях тонких и толстых кишек местами имеется грязно-серый налет. В тонких и толстых кишках жидкий желтоватый кал. Мочевой пузырь пуст, слизистая его у мочеиспускательного отверстия красноватого цвета от налития сосудов. Матка увеличена в объеме ( $12 \times 9 \times 4$  см.). На передней ее стенке, немного влево от середины, имеется грязно-красное отверстие  $4 \times 2$  миллиметра с вывороченными краями. Зонд, введенный в это отверстие, свободно проходит через полость матки наружу. В одной из петель тонкой подвздошной кишки на расстоянии  $\frac{1}{2}$  метра от слепой кишки имеется сквозное отверстие  $3 \times \frac{1}{2}$  см., с неровными краями. Брыжжейка против этого отверстия имеет несколько рядом лежащих, проникающих в брюшину, царапин около 1 см. длиной, в клетчатке вокруг них — кровоизлияние. На передней внутренней стенке матки имеется темно-красного цвета шероховатая ткань — место прикрепления последа. Остальная часть полости матки бледно-красноватого цвета. В области нижнего края места прикрепления последа имеется раневое отверстие, соединяющееся с вышеописанным наружным отверстием. По ходу этого раненого канала ткань матки шероховата, пропитана кровью. Ширина развернутого канала 2 см. Раневой канал идет снизу вверх, сзади наперед, прямо. Над внутренним зевом матки слева имеется слепое ранение, величиной  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2}$  см., края его пропитаны кровью, а полость заполнена кровавым красным сгустком. Во влагалище находится в небольшом количестве кровь. В левом яичнике желтое тело. Оба яичника темно-красного цвета.

Заключение: Смерть последовала от общего воспаления брюшины, последовавшего от прободения тонкой кишки через матку при производстве искусственного аборта. Покойная была беременна на 3-ем месяце.

Врач Б-на была судима и осуждена по п. 2 ст. 146 Уг. К. 1922 г. к лишению свободы сроком на год.



в течение 4 суток<sup>1</sup> (август!) достигнуть столь значительной степени, что мозг вытек, и кости головы совершенно расшатались. Дело заключалось в следующем: 4 суток тому назад беременная явилась к врачу на квартиру для производства аборта; через 4 суток она была найдена мертвой недалеко от квартиры врача; вскрытие обнаружило сепсис; в матке 6-месячный плод находился в состоянии разложения.

Я дал заключение, что, хотя срока гниения точно определить нельзя, но 4-хдневный срок вполне может быть достаточным.

#### д) ВОЗДУШНАЯ ЭМБОЛИЯ ЛЕГКИХ И МОЗГА

К редким осложнениям аборта можно отнести воздушную эмболию. В одном случае она была прямым следствием попытки вызвать аборт посредством вдувания воздуха (см. выше). Но, обычно, проникание воздуха происходит при плодизгнании другими механическими способами. Об одном таком случае рассказывает Burgerhout<sup>2</sup>. 23-летняя прислуга найдена в уборной в бесчувственном состоянии рядом с инструментарием для плодизгнания. Сознание вернулось только через 10 дней, причем наблюдались явления раздражения и паралича, расстройство дыхания, гликозурия. Исследование глаз подтвердило диагноз рассеянных очагов процессов в мозгу. Спустя 10 недель амнезия еще не совсем прошла, правая рука не оправилась. Автор дает совет, при внезапных мозговых явлениях от неизвестной причины у женщин (соответствующего возраста) не забывать о возможности осложнений аборта<sup>3</sup>.

#### е) ШОК

Бывают случаи, к счастью, крайне редкие, внезапной смерти во время производства выкидыша или даже приготовления к нему, во время зондирования матки. Если можно исключить

<sup>1</sup> См. также: Paucot, Complications infectieuses rares dans des manœuvres abortives Gyn. et. obst. 1925, № 2, стр. 388. У 3-х женщ. абортивными манипуляциями внесена инфекция в амниотическую жидкость и вызвана смерть плодов, без повреждения оболочек. Заразное начало, внесенное на поверхность ворсинчатой оболочки, по мнению Paucot, вполне достаточно для инфицирования амниотической жидкости.

<sup>2</sup> Nederd. tijdschr. v. geneesk. т. 70, 2 часть, № 9, 1926 г.

<sup>3</sup> См. также: Н. Schlossmann, Ein Fall von Luftembolie nach manueller Placentalösung, Zentrbl. f. Gyn. 1925, стр. 1333.

описанные вы  
инфекцию, во  
предположить  
умерших нахо  
аборт произвед  
забывать и о д

При исслед  
ющие вопросы:

1) Действит

аборт? Когда и

изошел ли само

же вызван умы

исключить вмеш

и кем был пр

и последствия п

Распознавание

довании продукто

удается произвес

выделения, то та

Но часто при

женщины, по кра

лись смертью и

робно осмотреть

Явления аборт

и, протекшего

ающий, неполны

ений. Признаки

енность. В течен

ит видимых изме

может быть незна

труацию, особенн

ает со сгустками.

плодов беременнос

е мало увеличен

и аборт произ

Д. Цанов. К

А. и Ж. б. т. 35, к

ильный лейкоцитоз



описанные выше осложнения (кровотечение, повреждения, инфекцию, воздушную эмболию и проч.), то остается предположить влияние шока. Иногда на вскрытии внезапно умерших находят зобно-лимфатическое состояние. Если аборт произведен под хлороформным наркозом, не следует забывать и о действии наркоза.

### Е. ДИАГНОСТИКА АБОРТА

При исследовании аборта подлежат решению следующие вопросы:

1) Действительно ли произошел у данной женщины аборт? Когда и на каком месяце беременности? 2) Произошел ли самопроизвольно, т. е. без вмешательства, или же вызван умышленно и каким способом? 3) Можно ли исключить вмешательства других лиц? 4) В какой обстановке и кем был произведен аборт? 5) Каковы осложнения и последствия плодизгнания для матери?

Распознавание бывшего аборта основывается на исследовании продуктов выделения из половых органов. Если удастся произвести исследование и женщины, и продуктов выделения, то таковое не представляет затруднений.

Но часто приходится довольствоваться только осмотром женщины, по крайней мере, в случаях, которые не закончились смертью и где не представляется возможность подробно осмотреть полость матки<sup>1</sup>.

Явления аборта зависят от срока беременности, от времени, протекшего с момента его, и от вида аборта (угрожающий, неполный или полный), а также от наличия осложнений. Признаки тем резче, тем далее подвинулась беременность. В течение первых 4-8 недель аборт не производит видимых изменений на половых органах. Кровотечение может быть незначительным и принято за обильную менструацию, особенно, если у данной особы менструация бывает со сгустками. На остальном теле еще незаметно особых следов беременности, которые развиваются позднее. Матка еще мало увеличена. Открытие зева может отсутствовать, если аборт произведен искусственно путем небольшого

<sup>1</sup> А. Цанов. К морфологии крови при перерыве беременности. Ж. Ак. и Ж. б. т. 35, кн. 3. Через сутки после аборта значит. нейтрофильный лейкоцитоз.



расширения шейки до № 10-11 Hegar'a. В более поздние месяцы плод при своем прохождении через родовой канал оставляет заметные следы, различимые в первое время после аборта. Надрывы краев наружного зева и входа во влагалище и промежности при 4-7-мес. аборте встречаются еще редко. В более поздние сроки матка уже настолько увеличена, что в первые дни после аборта ясно прощупывается над лобком. Так, матка тотчас же после 7-ми месячного аборта соответствует величине 3-х-3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-мес. беременной матке, т. е. размеру детской головки.

Рубцы беременности (striae) на коже живота и бедер при аборте или преждевременных родах не бывают, так как покровы еще не настолько сильно растягиваются. Пигментация белой линии живота, лица, сосков, околососковых кружков не изменяется; ректильность сосков также.

Чем раньше производится исследование, тем яснее признаки аборта. Чем позже, тем распознавание труднее, а если аборт был произведен в первые месяцы беременности, то установить его невозможно.

Случалось, при обследовании квартиры акушерки или других лиц, заподозренных в производстве аборта, находили там пациенток, лежащих на кушетке или в кровати. Пациентки по наущению акушерки объясняли свое присутствие лечебными процедурами („прижиганием“, спринцеванием и т. д.).

Несмотря на несомненно произведенный аборт, при исследовании пациенток часто очень трудно было высказаться определенно.

Если аборт был произведен перед самым освидетельствованием, и пулевыми щипцами была захвачена шейка, то можно видеть на влагалищной части следы зубцов пулевых щипцов.

Если во влагалище или в наружном зеве находятся мелкие частицы ткани, сгустки крови, то их следует взять для гистологического исследования.

Установить механические способы, предпринятые с целью аборта, иногда удается лишь на основании рассказа самой беременной или других лиц; в редких случаях — на основании остающихся следов употребленной жидкости, оставленного по ошибке булжа, внутриматочного тампона, оторванного конца катетра и проч. Иногда части этих предметов

После аборта выделяется лохия, срочным рождением. Выделение краев степени опоры женщины. Женщины. Спокойство, выделяются. В д. матка часто на. Особен.

Относительно. Baumm, Uteruse. Currettage, ref. 1927.



находят впоследствии случайно при операции. Но если следов или повреждений нет, то распознавание невозможно.

При обнаружении изменений в половых органах женщины, возникает трудно разрешимый вопрос о времени произведенного выкидыша и продолжительности действия того или иного способа. Осмотр плода может иногда дать указание при наличии на нем инструментарных повреждений. Повреждения плода при механических способах плодизгнания описаны многочисленными авторами (Вибер, Бруардель, Кокель, Кардасевич). Они находились преимущественно на головке плода. Бурно протекающий септический аборт в преобладающем числе случаев искусственного происхождения. Если мы находим на матке повреждения, в особенности колотые раны, то они также служат верным указанием, хотя не следует забывать о редких случаях самопроизвольного разрыва беременной матки, даже в течение первой половины беременности. Но проникающие самопроизвольные разрывы принадлежат почти исключительно к поздним срокам беременности. Самопроизвольные разрывы обычно находятся на шейке или в нижнем сегменте и имеют продольное направление, иногда на месте старого рубца; искусственные находятся на разных местах тела и шейки<sup>1</sup>.

### Продукты выделения

После аборта матка в течение некоторого времени выделяет лохии, сначала кровянистые, затем слизистые, подобно срочным родам, но в значительно меньшем количестве. Выделение крайне различно и зависит от срока беременности, степени опорожнения полости матки и сокращения ее. Многие женщины даже не замечают выделений и выражают беспокойство, как бы не осталась беременность. Если же кровь выделяется в значительном количестве, то они успокаиваются. В действительности же, при искусственном аборте, матка часто настолько хорошо опорожняется и затем сокращается, особенно от смазываний иодной настойкой, что в

<sup>1</sup> Относительно возможности установления прободения см. также: Н. Baumm, Uteruserschlaffung, Tubensondierung u. Uterusperforation bei der Curettage, ref. Zentrbl. f. Gyn. 1922, № 51 — И. Я. Брауде, Вестн. соврем. мед. 1927, № 12.



первые 1-2 дня выделения могут отсутствовать. На третий день, нередко при незначительных схваткообразных болях, выделяется немного крови или небольшие сгустки. Через несколько дней выделения прекращаются. После 2-4-х месячного аборта матка приходит в нормальное состояние в течение 3-4 недель.

Однако, женщина может забеременеть уже через 2 недели после аборта, хотя такие случаи редки. В лохиях, кроме крови лейкоцитов, клеток отпадающей оболочки, находят не-



Рис. 37. Ворсинки при микроскопическом исследовании.

кротизированные ворсинки ворсистой оболочки характерного строения. При микроскопическом исследовании они представляются на разрезе в виде круглых или продолговатых образований из нежной рыхлой соединительной ткани, окруженной двухслойным ободком: кнутри находится слой круглых правильно расположенных клеток Ланганса, похожих на эпителий; кнаружи к нему при-

легают другой слой — синциция, характеризующийся широким слоем протоплазмы с многочисленными ядрами, причем границ отдельных клеток синциция не видно.

С 3-го месяца беременности клетки Ланганса атрофируются, что следует иметь в виду при определении длительности беременности.

Выделяющаяся отпадающая оболочка только количественно отличается от предменструального набухания слизистой оболочки и не может служить доказательством бывшей беременности.

Абсолютно доказательным является нахождение в продуктах выделения или выскабливания частей зародыша или ворсинок ворсистой оболочки (chorion), хотя бы некротических, которые узнаются по характерной форме.

Значительный кусок плодного яйца распознается по плавающим ворсинкам (исследование в воде).

Иногда же...  
гательства или м...  
ужная за ст...  
следствие сот...  
ым яйцом".  
знаков аборт...  
птичьей груди.  
тонос из мести...  
мести на врач...  
жившегося н...  
аборт. Узнав о...  
рестована и ос...

Разберем не...  
Врачем К., в...  
ческой обстано...  
и абортангом б...  
Врачем К. и его...  
меры к транспор...  
нии врача К. был...  
пила на операци...  
кишек, но, несм...  
пибла от перито...  
в надлежащих ус...  
все доступные...  
оказания помощи...  
по мнению экспе...  
более, что сам по...  
нический опыт...  
циалистов.

Суд стал на т...  
Подобный сл...  
вание незакончен...  
ощущение, что „г...  
видно, находилась...  
полости). В тот ж...  
врач объяснил пе...  
него с целью пре...  
признаки острого...  
немедленно произ...  
повреждение то...  
Экспертиза выска...  
кишек произвед...  
речение, нельзя у...  
менья.

В данном слу...  
первая ли рука, в...  
неполного аборта...  
всегда относиться...  
ной вины. Поучите...

Palumbi Giova...  
e med. leg., kn...  
Wien. kl...



## Ж. СИМУЛЯЦИЯ АБОРТА

Иногда женщина симулирует аборт, например, в целях вымогательства или мести. Palumbi<sup>1</sup> приводит случай, когда 20-летняя, замужняя за стариком, сообщила о происшедшем у нее выкидыше вследствие сотрясения и показала врачу 2 горшка крови с „плодным яйцом“. При исследовании пациентки не оказалось признаков аборта или малокровия, „плодное яйцо“ оказалось куском птичьей груди. Заграницей, где аборт запрещен, встречается ложный донос из мести. Фрич рассказал об одной девушке, донесшей из мести на врача (находившегося с ней в интимной связи и затем женившегося на другой), что он ей неоднократно производил аборт. Узнав о доносе, врач скрылся за границу; доносчица же была арестована и осуждена.

## 3. КАЗУИСТИКА

Разберем несколько случаев, где привлекались врачи.

Врачем К., во время производства легального аборта в хирургической обстановке, была произведена перфорация стенки матки, и абортангом была извлечена через это отверстие петля тонкой кишки. Врачем К. и его женою (тоже врачом) были приняты настолько быстрые меры к транспорту больной, что она менее, чем через час, в сопровождении врача К. была доставлена в городскую больницу и сразу же поступила на операцию. Здесь ей была сделана резекция пострадавшей части кишок, но, несмотря на хирургическое вмешательство, больная погибла от перитонита. Так как операция аборта производилась здесь в надлежащих условиях (требование Уг. К.) и врачом К. были приняты все доступные меры к возможно быстрому и совершенному способу оказания помощи пострадавшей больной, в действиях его нельзя было, по мнению экспертов, усмотреть неправильностей или упущений, тем более, что сам по себе факт перфорации матки, как показывает клинический опыт, возможен даже у высококвалифицированных специалистов.

Суд стал на точку зрения экспертов и дело прекратил.

Подобный случай описывает Haberda<sup>2</sup>. Врач произвел выскабливание незаконченного аборта. При введении кюретки у врача получилось ощущение, что „полость матки значительно расширена“ (кюретка, очевидно, находилась уже после прободения матки в свободной брюшной полости). В тот же вечер у пациентки появились боли живота, которые врач объяснил первоначальными манипуляциями, произведенными до него с целью прерывания беременности. На следующий день появились признаки острого перитонита, и больная отправлена в больницу. При признаках острого перитонита, и больная отправлена в больницу. При немедленно произведенном чревосечении оказалось прободение матки и повреждение тонких кишок. Больная вскоре после операции умерла. Экспертиза высказалась в том смысле, что хотя повреждение матки и кишок произведены врачом, но, тем не менее, врача, проводшего лечение, нельзя упрекать в небрежности или отсутствии знаний или умения.

В данном случае возник вопрос: кто произвел прободение — первая ли рука, вызвавшая аборт, или вторая, подавшая помощь от неполного аборта. К каждому случаю незаконченного аборта необходимо всегда относиться подозрительно, если не желаешь брать на себя чужой вины. Поучителен в этом отношении случай из моей клинической

Arch. di antrop. crim.,  
<sup>1</sup> Palumbi Giovanni, Случай симуляции аборта. Arch. di antrop. crim.,  
ps., e med. leg., кн. 2. 1925.

<sup>2</sup> Wien. kl. W. 1924. № 7.



практики, доложенный проф. Кюстнером в 1913 г. на германском Съезде Гинекологов<sup>1</sup>. 16 февраля 1913 г. в Бреславльскую унив. ак.-гинеко. клинику поступила только что приехавшая поездом пациентка с признаками неполного аборта. В ее родном городе (час езды поездом от Бреславля) сделано было выскабливание, а затем, вследствие кровотечения, матка была затампонирована. Общее состояние пациентки при поступлении было удовлетворительное, темп: 37,4, пульс медленный, хорошего наполнения; со стороны брюшной полости не было никаких угрожающих явлений. При внутреннем исследовании оказалось следующее: матка увеличена до 2-х мес. беременности, мягкой консистенции, шейка пропускает свободно палец, в полости матки прощупываются остатки плодного яйца, особенно справа на дне матки. Сделано было выскабливание и промывание 36% алкоголем. Во время промывания — коллапс, нитевидный пульс, 160 — 180 в минуту, дыхание учащенное и поверхностное, симптомы острого опьянения. Неожиданно при проверке маточный зонд входит по рукоятку в полость (вместо 11-12 см.). Прободение стало очевидным. Через 25 минут чревосечение. В правом верхнем углу матки — отверстие в 1 1/2 - 2 см. в диаметре с неровными, грязно-гнойными краями, покрытое сращениями. Прободение, очевидно, было сделано не менее суток до поступления в клинику, а алкоголь и затем зонд попали в отверстие.

Обратим внимание на следующие обстоятельства:

Больная, с перфорированной маткой, покрытой гнойными налетами, сама направилась в клинику поездом и прибыла в сравнительно хорошем состоянии. Только температура в 37,4 указывала, быть может, на наличие инфекции. Больной была удалена матка. Через 12 часов после операции последовала смерть. Легко судить, сколь огромное судебно-медицинское значение имеет данный случай. Предположим, что по тем или иным причинам, при отсутствии клинической обстановки или достаточных рук, операция была бы отложена, и больная через 12—14 часа или позже скончалась бы от перитонита. Тогда никоим образом нельзя было бы доказать (и никто бы не поверил!), что прободение было сделано раньше, до выскабливания в клинике, и всю ответственность, хотя бы моральную, пришлось бы нести врачу, производившему выскабливание.

В случаях перфорации приходится крайне осторожно давать заключение; лучше лишний раз спросить себя, не было ли уже до оперативного вмешательства прободения. Не замешана ли здесь преступная рука одной из „дающих советы секретным беременным“ — „советы“ бужом, уколами или... гусиным пером.

Döderlein<sup>2</sup> рассказывает следующий случай: 27-летняя девушка, прислуга, пришла к врачу по поводу маточного кровотечения (незавершенного аборта). Врач произвел выскабливание и сделал прободение с выпадением петель кишок. Пациентка в тяжелом состоянии отвезена домой и умерла на следующий день от перитонита. На вскрытии обнаружены в переднем своде влагалища и над маточным зевом дыры. Из ран выпали петли кишок.

Утверждение врача, что повреждение влагалищного свода существовало до выскабливания, в данном случае неправдоподобно, ибо: 1) до операции не было вовсе явлений, указывавших на такое повреждение, 2) врач должен был его неминуемо заметить до выскабливания. Döderlein считает врача виновным, но не в прободении, а в том, что, обнаружив прободение и выпадение кишки, он не направил больную тотчас же в больницу на операцию, — а домой умирать.

Иногда совершенно неосновательно подаются жалобы на врача на неправильное производство аборта.

<sup>1</sup> См. Учебн. суд. мед. Д. П. Косоротова, изд. 1926 г., стр. 271.

<sup>2</sup> Münch. med. Woch. 1923, № 27.

Больная в р  
зведенного врач  
ее через одну  
экспертиза не ус  
либо подобного ро  
рогой матке, но  
удаляется удалить  
следствие этого  
через некоторое  
которых случаях пл  
нормального кон  
Falk<sup>1</sup> опис  
ная, прибыла 13/  
Первые роды у  
(1921 г.) потребов  
ручном отделении  
ления произошел  
ницу, 14/VIII, был  
оставила клинику  
В начале но  
матки. Менструац  
где ей сделан аб  
матки над внутрен  
щая полость матк  
Здесь дело шл  
Сначала была уд  
была замечена, н  
S. Halban  
По совершени  
мне пришлось да  
ницу с ордером н  
что имеется опух  
прийти через 6 не  
к другому врачу  
у нее вновь кон  
вскрытии брюшно  
головку, отхидив  
можность беремен  
(недавно произвед  
лана была надвла  
оказалась двуполо  
в левом роге. Зд  
удалена раньше, а  
развиваться. Двуро  
узнав об удалении  
ный диагноз попа  
за удаление матки  
Конечно, здесь  
ствами и редкост  
чение.  
На рис. 38 изо  
алкоголе и формал  
зародышем. Право  
В качестве кур  
больницы в зараж  
ственного аборта<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Zentrbl. f. Gy  
<sup>2</sup> Случай мне



Больная в родильном доме подверглась операции аборта, произведенного врачом К., и через 5-6 дней выписалась. После этого дома у нее через одну-две недели произошел аборт. В подобном факте экспертиза не усмотрела каких-либо упущений со стороны врача К., ибо подобного рода явление возможно не только, например, при двурогой матке, но и при нормальной, когда путем выскабливания не удаётся удалить неправильно и глубоко сидящего плодного яйца, вследствие этого выделение последнего происходит самостоятельно через некоторое время после инструментального вмешательства. В некоторых случаях плодное яйцо продолжает далее развиваться, даже до нормального конца беременности.

Falk<sup>1</sup> описывает следующий случай. Пациентка, сердечно-больная, прибыла 13/VIII в частную лечебницу для производства аборта. Первые роды у нее (1920 г.) закончились щипцами, вторые роды (1921 г.) потребовали ручного удаления последа (другим врачом). При ручном отделении не было замечено аномалии. После ручного отделения произошел коллапс. На следующий день по прибытии в лечебницу, 14/VIII, был произведен 10-тинедельный аборт. 20/VIII пациентка оставила клинику.

В начале ноября она вновь появилась с жалобами на опухоль матки. Менструации еще не было. 17 ноября поступила в лечебницу, где ей сделан аборт на 5 месяце. При ручном обследовании полости матки над внутренним зевом обнаружена перегородка в 0,5 см., делящая полость матки симметрично на две части.

Здесь дело шло о двойной беременности в двуполостной матке. Сначала была удалена беременность одной половины, а другая не была замечена, не была повреждена и спокойно развивалась.

S. Halban (Вена) описал в 1897 г. подобный случай.

По совершенно схожему случаю, повлекшему за собой ошибку, мне пришлось давать заключение. Одна работница поступила в больницу с ордером на аборт. Ей произвели аборт и при выпуске сказали, что имеется опухоль матки, которую следует удалить, посоветовав прийти через 6 недель. Больная пришла в указанный срок, но попала к другому врачу (врач, производивший выскабливание, отсутствовал). У нее вновь констатировали опухоль и приняли на операцию. При вскрытии брюшной полости, врач увидел опухоль величиной в детскую головку, отходившую слева от тела матки. Заподозрев сначала возможность беременности, он тотчас же отверг эту мысль, в виду анамнеза (недавно произведенный аборт и прежние указания на опухоль). Сделана была надвлагалищная ампутация матки. При разрезе препарата оказалась двуполостная двурогая матка с 4-х месячной беременностью в левом роге. Здесь правосторонняя беременность была, очевидно, удалена раньше, а левосторонняя осталась незамеченной и продолжала развиваться. Двурогость матки принимали за опухоль. Муж пациентки, узнав об удалении матки у его жены, собирался ее бросить. Ошибочный диагноз попал на стенгазету и повлек за собой жалобу на врача за удаление матки.

Конечно, здесь ошибка объяснялась непредвиденными обстоятельствами и редкостью случая. В этом смысле мною было дано заключение.

На рис. 38 изображена удаленная матка (сильно сократившаяся в алкоголе и формалине) с находящимися в ней последом, пуповиной и зародышем. Правосторонняя полость пуста.

В качестве курьеза следует еще указать на обвинение персонала больницы в заражении больной гонорреей при производстве искусственного аборта<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 11, 1926 г.

<sup>2</sup> Случай мне любезно передан д-ром Н. Ижевским.



Больная Л. 25 февраля 1924 г. поступила в одну из образцовых по благоустройству и внутреннему порядку больниц для совершения аборта. В тот же день ей было сделано выскабливание, и 23 февраля больная выписалась из больницы выздоровевшей, а 3 марта она обратилась за советом к врачу, производившему ей в больнице выскабливание, по поводу гнойных выделений, и у нее был установлен эндометрит. В ночь с 6 на 7 марта больная возобновила половую жизнь с мужем. У мужа после этого 11 марта появился гоноррейный уретрит, установленный клинически и бактериологически.



Рис. 38. Удаленная матка, с находящимися в ней последом, пуповиной и зародышем.

инструментария и материала. Так как после операции у больной во время ухода за ней не применялось никаких внутренних манипуляций (спринцевания, катетеризации и т. п.), то и эта возможность заражения отпадает. Поэтому эксперты считают, что здесь был иной путь заражения. Наиболее вероятное предположение, — что больная Л. была заражена гонорреей в незаметной для нее форме до аборта, а по выскабливании гонококки проникли в полость матки и вызвали обострение процесса.

У мужа после полового сношения, происшедшего в момент обострения гоноррейного процесса его жены, присоединилось новое заражение к старому, быть может незаметно для него протекавшему хроническому уретриту.

## И. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Известно, что все иностранные законодательства (и наше дореволюционное) строго преследуют за аборт — и беременную женщину, и других лиц — участников и пособников. Наше законодательство является единственным, предоставившим женщине право освободиться от гнетущей ее беременности. История аборта — интересная страница из истории человечества.

12 марта бактериологически был исследован мазок, взятый из шеечного канала больной Л., причем в мазке были обнаружены гонококки. Общее состояние больной ухудшилось, и 25 марта она поступила в больницу, где у нее было определено двухстороннее заболевание придатков гоноррейного происхождения. Из больницы она выписалась 11 апреля в удовлетворительном состоянии. До замужества больная не жила половой жизнью, на что в деле имелись несомненные доказательства. Муж ее жил половой жизнью до своей (вторичной) женитьбы около 10 лет.

Экспертиза дала заключение, что заражение гонорреей во время операции выскабливания совершенно невероятно при существующем в больнице порядке стерилизации

В древности  
искусстве  
сты, что  
начинающ  
Аристоте  
есия межд  
продуктов.  
ыкидыш, н  
Овидий Наз  
переведенно  
штейном  
от аборта. В  
pater familia  
домочадцы  
Римского в  
неодушевлен  
нимает душу  
внутренности  
в древней Гр  
от усмотрен  
у римлян, пл  
так наз. па  
и охранялся  
ступлением п  
теля (patria p  
наделенного  
Со временем  
изменился. Ц  
ние и вос  
освященное  
этим, христ  
творенного л  
ческое суще  
ее спасения  
Без крещени  
света и влаги  
это несчаст  
См. сборн



В древности воззрения на аборт были свободны. Случаи для искусственного прерывания беременности были настолько часты, что уже Гиппократ считал нужным брать клятву начинающего врача не злоупотреблять этим делом. Платон и Аристотель считали выкидыш необходимым для равновесия между населением страны и количеством пищевых продуктов. Цицерон, Сенека, Тацит и Плутарх допускали выкидыш, который широко применялся в Греции и Риме. Овидий Назон посвятил ему длинное стихотворение, недавно переведенное на русский язык профессором Г. С. Фельдштейном<sup>1</sup>. Овидий отмечает опасность и случаи гибели от аборта. В древнем Риме вся власть была в руках отца — *pater familias*, которому были подчинены и жена, и дети, и домочадцы, как неодушевленные предметы, на основании Римского вещного права. На плод смотрели, как на неодушевленный предмет (по учению Плутарха, плод принимает душу в момент своего рождения) или как на часть внутренностей матери (*pars ventris*). Аборт и детоубийство в древней Греции и Риме были весьма развиты и зависели от усмотрения отца. В позднейшую эпоху развития права у римлян, плод, как личность, которая должна родиться, — так наз. *nasciturus* — был наделен гражданскими правами и охранялся законодательством. Выкидыш становится преступлением против имущественных и моральных прав родителя (*patria potestas*), которого лишали будущего члена семьи, наделенного уже гражданскими правами.

Со времени распространения христианства взгляд на аборт изменился. Целью брака стало христианское рождение и воспитание. Всякое половое наслаждение, не освященное таинством брака, сделалось грешным. Сообразно с этим, христианство озаботилось о правах плода, как одушевленного лица, и наделило его охраной. Каждое человеческое существо — учило христианство — имеет душу. Ради ее спасения нужно подвергнуть человека таинству крещения. Без крещения — нет спасения, как нет жизни без солнечного света и влаги. Если плод умирает внутри утробы матери — это несчастье. Если его убивают, тем лишая таинства

<sup>1</sup> См. сборн. „Суд.-мед. эксп.“ № 2.



крещения, — это преступление, которое не может быть оправдываемо никакими соображениями, даже тяжелой болезнью матери. Первые христианские отцы, под свежим влиянием Христа, налагали за выкидыши или детоубийство различные мягкие взыскания — виру. По мере развития христианства и усиливавшегося влияния церковных властителей на светскую жизнь Европы, наказания сделались жестче; законодатели пришли к системе запугивания населения путем суровых наказаний. При прославленном апостоле христианства Константине Великом выкидыш и детоубийство приравнены к самым тяжким преступлениям и караются по *lex Rompeī de parricidis* смертной казнью посредством утопления в мешке с 4-мя животными (петухом, кошкой, змеей и обезьяной). Такой способ смертной казни считался самым мучительным. По законам вестготов (около 600-тых годов принявших христианскую религию) выкидыш карался смертной казнью или ослеплением. Духовенство отстаивало смертную казнь за аборт во Франции до революции 1789 г. Когда, под двойным влиянием Римского права и христианства, в понятия и нравы европейцев вошла идея о различии законного рождения от незаконного, то выкидыш и детоубийство были разделены на две категории: выкидыш и детоубийство законного ребенка, где власть родительская освящена таинством христианского брака, признается более грехом; выкидыш и детоубийство незаконного плода, когда власть родительская не освящена законом, — считается страшным преступлением, тяжесть которого еще усугубляется предшествовавшим блудодеянием. Это деление преступлений на законных и незаконных нашло себе отражение в XVII веке в уложении царя Алексея Михайловича: „Буде отец или мать сына или дочь убьет смертию, из за то посадите в тюрьму на год... а буде которая жена начнет жити блудно и скверно и в блуде приживет с кем детей — погубит, казнити смертию без всякой пощады“.

Несмотря на суровые репрессии, выкидыш в средние века был весьма распространен, и общественное мнение относилось к нему, как и во все другие времена, весьма благосклонно.

Три фактора средневековья — феодальное дворянство, католическое духовенство и воинство — скопились в общем

...тре — при  
...тих веков  
...барон, подр  
...свой гар  
...дворе был  
...германс  
...уст Саксон  
...нием секрет  
...многих мес  
...з. католичес  
...том, что яз  
...енные особы  
...тых“. Тем н  
...-Поррен не  
...ушку, желавш  
...читали внебр  
...На фоне мр  
...сея Михайлов  
...1715 г. г.),  
...детоубийств  
...осуждением с  
...тательные дом  
...рых жены и  
...отмечают в  
...одно помиран  
...яются“. Внеб  
...детей тайно, с  
...В XVIII век  
...неограниченно  
...ослабление к  
...мы встречае  
...ствующее г  
...Мы вст  
...искусств  
...ера, н  
...ии и,  
...времени  
...следую  
...обрати  
...принци



центре — при королевском дворе, который был в течение многих веков во главе европейского разврата. Каждый князь и барон, подражая французскому королю, имел свой Версаль, свой гарем и проституток, для управления которыми при дворе была особая должность, род министра. Разврат при германских дворах доходил до крайнего скотства. Август Саксонский, например, выпустил монеты с изображением секретных частей тела своей любовницы Козель. Во многих местах вплоть до Франц. Револ. существовала так наз. католически-религиозная проституция, заключавшаяся в том, что языческие божества половых отношений, окруженные особым культом, были превращены в „католических святых“. Тем не менее, Франц I или развратный кардинал де-Лоррен не колебались посылать на эшафот бедную девушку, желавшую избежать позора, ибо обычай и религия считали внебрачную беременность позором.

На фоне мрачной средневековой жестокости Уложения Алексея Михайловича светлым лучем были указы Петра I (1714 и 1715 г. г.), понявшего, что главной причиной аборта и детоубийства являются позор и страх женщины перед осуждением общества. Петр I предписал устроить воспитательные дома „для сохранения зазорных младенцев, которых жены и девки рожают незаконно, и стыда ради отметывают в разные места, отчего оные младенцы безгодно помирают, а оные от тех же, кои рожают, и умерщвляются“. Внебрачные матери могли приносить туда своих детей тайно, с закрытыми лицами.

В XVIII веке, после французской революции, с падением неограниченного владычества церкви, мы всюду встречаем ослабление наказаний за аборт. Вместо смертной казни, мы встречаем лишь длительное тюремное заключение, существующее по настоящее время.

Мы встречаем уже определенные медицинские показания к искусственному выкидышу, например, у Вильяма Купера, нашедшего живой отклик в Англии, Германии, Франции и, наконец, в России. Но как еще до последнего времени церковь удерживала „свои права“, свидетельствует следующий факт. В 1895 г. Кембрийский архиепископ обратился к римскому папе с просьбой дать окончательное принципиальное заключение по вопросу о допустимости



искусственного аборта. Он привел при этом следующий случай: врач приглашен к тяжело-больной беременной женщине. Причина болезни — беременность. Единственное спасение жизни женщины — аборт. Допустим ли он в этом случае? Конгрегация ответила: „нет“, и этот категорический ответ был утвержден папой.

Октябрьская революция, стряхнув с себя тысячелетнее иго церкви и царизма, предоставила женщине право решения вопроса, быть или не быть ей матерью. 18 ноября 1920 г. был издан исторический циркуляр НКЗ и НКЮ, предоставивший женщине право производить аборт в советских больницах.

Уг. Код. СССР и РСФСР (1922 г.) определили наказуемость аборта для других лиц, но не для самой беременной.

В Уг. Код. РСФСР 1926 г. ст. 140, предусматривающая аборт, вошла в новой редакции:

„Совершение с согласия матери изгнания плода лицами, не имеющими на это надлежащей медицинской подготовки или хотя бы и имеющими таковую, но в противосанитарной обстановке — лишение свободы или принудительные работы на срок до 1 года или штраф до 500 руб. Если эти действия производились в условиях, указанных в первой части ст., в виде промысла или без согласия матери, или имели последствием ее смерть — лишение свободы на срок до 5 лет“.

Как известно, редакция этих статей вызывает на местах нередко различное и противоречивое толкование. Непонятны следующие фразы: „...лицами, не имеющими для этого (т. е. операции аборта) надлежаще удостоверенной медицинской подготовки“, „в ненадлежащих условиях“ и „в противосанитарной обстановке“.

Мы видели, что аборт, производимый в наилучших условиях и опытными врачами, не лишен известного риска. Важнейшими осложнениями являются: кровотечение, заражение и повреждение матки и кишечника. Не-врач, не имеющий медицинского образования, против всех этих осложнений совершенно беспомощен. Нельзя же самую операцию разрешить лицу, который, в случае надобности, не сможет исправить последствий таковой. В случае прободения матки (нужно его еще уметь определить!) необходимо

тотчас же, как  
сечения, заши  
ложную, треб  
льных хирург  
не только у с  
шинства враче  
Таким обра  
лежаще удосто  
понимать: „не  
произвести  
возвращением  
РСФСР от 1/VI  
перечислены о  
водить акушер  
тив разрешени  
ственного абор  
равносильным  
для здоровья  
дней, тем боле  
аборт вызывает  
ниями. Несколь  
легко может са  
сказанного ясно  
ная рука врача  
новка, разре  
принять надлеж  
шенно ясно, ч  
условия. Женщи  
ющим образом  
необходимы сте  
риал, которые  
метами кварти  
необходимо име  
тревосечения,  
стол, инструмен  
чрезвычайно бы  
ближайшую б  
лежать по мень  
3 суток, в боль  
отсутствие инфе  
Судебна



тотчас же, как мы уже знаем, произвести операцию чревосечения, зашить или удалить матку, — операцию весьма сложную, требующую наличия у оператора больших специальных хирургических знаний и умения, — чего нет, конечно, не только у среднего медицинского персонала, но и у большинства врачей (не - гинекологов и не - хирургов).

Таким образом, выражение: „лицами, не имеющими надлежаще удостоверенной медицинской подготовки“ — следует понимать: „не врачами“. Говорить же о праве не-врача произвести аборт не приходится; это было бы возвращением к темному знахарству. В пост. ВЦИК и СНК РСФСР от 1/VII — 1924 г. „О профес. раб. и прав. мед. раб.“ перечислены оперативные действия, которые вправе производить акушерка или фельдшер, при отсутствии врача. Мотив разрешения: необходимая спешность. Операция искусственного аборта не принадлежит к спешным операциям, равносильным подаче скорой помощи. Ее легко без ущерба для здоровья беременной можно отложить на несколько дней, тем более, что в подавляющем большинстве случаев аборт вызывается социальными, а не медицинскими показаниями. Несколько дней не имеют значения, и беременная легко может сама прибыть в лечебное заведение к врачу. Из сказанного ясно, что для аборта необходима не только опытная рука врача - гинеколога - хирурга, но и известная обстановка, разрешающая предотвратить осложнения либо принять надлежащие меры в случае их наступления. Совершенно ясно, что на частной квартире отсутствуют такие условия. Женщина должна быть, прежде всего, соответствующим образом подготовлена к операции. Для операции необходимы стерильные инструменты и перевязочный материал, которые не должны соприкасаться с пыльными предметами квартирной обстановки. В случае прободения, необходимо иметь возможность тут же сделать операцию чревосечения, т. е. иметь под руками операционный стол, инструментарий, подсобный персонал и проч., либо чрезвычайно быстро, легко и удобно перевести больную в ближайшую больницу. Женщина после аборта должна лежать по меньшей мере 3 суток, так как лишь к концу 3 суток, в большинстве случаев, выясняется наличие или отсутствие инфекции. Если было сделано чревосечение, то



женщина при благоприятном течении болезни остается в специально-приспособленной постели около 2-х недель, окруженная надлежащим уходом. Имеются ли такие возможности на частной квартире? Конечно, нет! А если имеются, то, следовательно, данная квартира представляет собой нечто вроде лечебного заведения, и аборт, как и всякая другая хирургическая операция, может быть выполнен.

В таком духе и последовало разъяснение со стороны Пленума Верховного Суда РСФСР от 20/VI — 1927 г. „что производство аборт в „противосанитарной обстановке“ понимается в смысле отсутствия условий, допускающих производство хирургических операций с надлежащей подготовкой пациентки до операции и с соответствующим послеоперационным уходом. При наличии этих и прочих условий производство аборт лицами, имеющими надлежащую медицинскую подготовку, не подходит под ст. 140 У. К.“<sup>1</sup>

<sup>1</sup> См. также мою статью в Бюллетене НКЗ № 3 1927 г. „Некоторые статьи нового Уг. Кодекса с точки зрения суд.-мед. эксп.“. Постановление Верховного Суда, опубликовано в „Суд. прат.“, № 11, 1927 г.

Д. Смещения.

Новая, еще  
травматологии  
несравненно м  
Случаи послед  
главным образ  
экспертизы, т.  
экспертизы  
мною еще в 1  
каждому вполн  
Женский тр  
ным образом,  
заменила мужч  
слях его деятел  
тяжелых. Само  
женского труда  
усиление степе  
потери трудосп  
общих заболева  
ниях. Последни  
щениях и вос  
органов и вредн  
ность женщины

Относительно  
ствуует почти о  
колов: смеще  
ваются уже су  
Из видов смеще  
а) Подвижно  
mobilis) заключа



## IX. НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ

Д. Смещения. Б. Травмы и воспаления. В. Опухоли. Г. Влияние на производительную деятельность.

Новая, еще мало изученная область гинекологической травматологии, т. е. учение о последствиях травмы, имеет несравненно меньшее значение для нас, чем уголовные дела. Случаи последствий травмы являются предметом ведения, главным образом, врачебно-контрольных комиссий и бюро экспертизы, т. е. органов так наз. социально-трудовой экспертизы. Я полагаю, что этот термин, предложенный мною еще в 1920 году, получил уже право гражданства и каждому вполне понятен.

Женский труд получил широкое распространение, главным образом, с начала войны и революции, когда женщина заменила мужчину, ушедшего на войну, почти во всех отраслях его деятельности, даже в физических работах наиболее тяжелых. Само собою разумеется, что в связи с расширением женского труда наблюдается учащение несчастных случаев, усиление степени изнашиваемости организма, увеличение потери трудоспособности. Оставляя в стороне вопрос об общих заболеваниях, остановимся лишь на местных явлениях. Последние заключаются, главным образом, в смещениях и воспалительных явлениях внутренних половых органов и вредно отражаются на производительную деятельность женщины.

### А. СМЕЩЕНИЯ

Относительно влияния травмы на беременность существует почти одинаковое мнение среди выдающихся гинекологов: смещения возможны, но редки; часто обусловливаются уже существовавшим раньше предрасположением. Из видов смещений отметим:

а) Подвижной загиб матки кзади (*retroversio-flexio uteri mobilis*) заключается в искривлении тела матки кзади вокруг



поперечной оси, проходящей через верхнюю часть шейки. Эта аномалия может быть врожденной и приобретенной. Первая зависит от неправильного развития связочного аппарата матки, последняя от воспалительных процессов, напр., в заднем Дугласовом пространстве, вызывающих сращения матки и впоследствии смещение ее назад. В редких случаях может быть результатом несчастного случая падения на ягодицы при одновременном увеличении внутрибрюшинного давления. Ziegenfress (цит. по Kaufmann'у) передает следующий характерный случай: 28-летняя девушка, по выходе из трамвая, получила сильный удар в ягодицу. Вслед за этим матка оказалась искривленной кзади и вправо. Между тем до этого она лечилась от женской болезни и перед несчастным случаем была исследована, при чем ни разу не находили у нее искривления. Матка была три раза вправлена и оставалась в нормальном положении.

Вправление загиба матки, обусловленного травмой, всегда болезненно (Фрич). Может ли образоваться загиб матки вследствие травмы, случившейся в конце беременности? 32-летняя замужняя, 7 раз рожавшая, в конце второй беременности упала с лестницы на поясницу и принуждена была тотчас же лечь: появились кровотечения и схватки. На 3-й день она родила благополучно живого ребенка. 3 года спустя был установлен загиб матки и вложено во влагалище кольцо (пессарий) для поддержания тела матки в нормальном положении, Эксперт дал заключение, что ненормальное положение матки явилось следствием травмы и развилось при длительном послеродовом периоде, при чем роды последовали тотчас же после травмы. Но вторичная экспертиза, в лице авторитетных гинекологов Hammerschlag'a и Winter'a, высказалась в ином смысле: „Хотя следует признать возможность искривления матки вслед за травмой, например, при падении на ягодицы, однако, это исключается в конце беременности. Матка в то время настолько велика, что заполняет всю брюшную полость и не может по этому запрокинуться ни самопроизвольно, ни вследствие травмы. Загиб может скорее образоваться в послеродовом периоде, являющемся главной причиной загибов; тело матки, вследствие своей тяжести, недостаточно удерживается кпереди и отклоняется назад“.

В некото  
матки необ  
жения заги  
Предраспол  
мальности с  
ности). Матк  
вильном пол

Так, напр  
ложится в н  
гибается, в у  
кзди либо в  
реди и т. д.  
подвергается  
запрокинутом

б) Неподв  
fixata). Прич  
может обостр  
ность, повы  
собности.

Фрич счи  
травмы и неп

1) если до  
ность и отсут  
ления загиба

2) если тра  
действие на та

3) если жал  
ствия загиба, с  
болезненны.

Часто быва  
ничего общего

в) Опушение  
uteri).

Относительно  
онижающих тр

ичные взгляды.  
ение и выпа

матку. Другие  
аболечение  
как бы то



В некоторых случаях острого появления искривлений матки необходимо считаться с возможностью предрасположения загиба, остававшегося незамеченным (Кюстнер). Предрасположение Кюстнер понимает в смысле ненормальности связочного аппарата (ослабление, потеря эластичности). Матка находится при этом всегда в не совсем правильном положении.

Так, например, при опорожнении мочевого пузыря матка ложится в нормальных случаях на верхнюю его часть, перегибается, в указанном же случае она остается запрокинутой кзади либо влагалищная часть матки обращена более кпереди и т. д. Если матка, находящаяся в таком положении, подвергается инсульту, то может остаться в ненормальном запрокинутом положении.

б) Неподвижный загиб матки (*Zetroversio-flexio uteri fixata*). Причина его — воспаление. Хроническое воспаление может обостриться вследствие травмы, вызвать болезненность, повышение температуры, уменьшение трудоспособности.

Фрич считает возможным установление причинной связи травмы и неподвижного загиба:

1) если до травмы существовала полная трудоспособность и отсутствие гинекологического заболевания (воспаления загиба и проч.);

2) если травма сама по себе в состоянии была возыметь действие на тазовые органы;

3) если жалобы больной действительно возникают вследствие загиба, окружность матки и движения ее должны быть болезненны.

Часто бывают боли нервного характера, не имеющие ничего общего ни с травмой, ни с загибом.

в) Опушение (*descensus*) и выпадение матки (*prolapsus uteri*).

Относительно этиологии этих заболеваний, значительно понижающих трудоспособность женщины, существуют различные взгляды. Одни гинекологи считают первичным опущение и выпадение влагалища, которое тянет за собой матку. Другие гинекологи, с Кюстнером во главе, считают это заболевание дальнейшим следствием загиба матки назад. Как бы то ни было, смещения зависят от недостаточности



соединительно-тканного и фасциального связочного аппарата матки. Благоприятствующими моментами являются тяжелая работа и расстройство питания (Груздев<sup>1</sup>) и конституция (Михайлов<sup>2</sup>).

Обычное развитие выпадения матки протекает медленно, в огромном большинстве случаев встречается у многорожавших. Чрезмерные напряжения брюшного пресса могут ускорить этот процесс (Чернеховский<sup>3</sup>).

Правильные опущения матки (без загиба) встречаются преимущественно у нерожавших. Я видел их несколько раз у девиц.

Hammer-schlag считает, что нерожавшие дают наибольший процент травматических проляпсов (инфантилизм Крупский<sup>4</sup>). Он описывает характерный случай. 19-летняя девушка, прислуга, правильно менструировавшая с 17 лет, не беременевшая, подняла год тому назад бочку пива и почувствовала, как „внутри что-то оборвалось“. Появилась сильная боль во влагалище и чувство давления на низ. Вскоре после этого она обнаружила выпадение матки и вправила ее. В течение полугода частый позыв на мочеиспускание. Кольца и бандаж не помогали.

Исследование: девушка крепкого телосложения, хорошего питания с обильным отложением жира. Полное выпадение влагалища и выпадение влагалищной части матки. Тело матки запрокинута кзади, подвижно; окружность матки нормальна. Промежность, а также вход во влагалище не повреждены.

Нередко приходится свидетельствовать спустя продолжительное время после несчастного случая. Необходимо тогда выяснить, соответствует ли появление проляпса моменту травмы. Нежная слизистая оболочка и розовая окраска влагалища говорят за свежий случай; отечность проляпса, грубая поверхность влагалища свидетельствуют о давнем происхождении травмы.

д) Изолированное выпадение задней стенки влагалища встречается часто у рожавших женщин, получивших во время

<sup>1</sup> Гинекол. и акушерство 1924 г. № 2.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Гинекол. и акушерство 1924 г. № 2.

<sup>4</sup> Там же.

родов глупо  
(разрывом,  
Тим пр

удерживае  
сти (не пр  
при ношен  
исчезновен

Кюстнер  
ную потер  
очень мног  
рации. Если  
возможные по

Травмы  
гут вызват  
врежденных  
ших половы  
зуются огро  
имеющие то

20-летняя  
тылку от  
платье и пр  
трудом. В с  
сти обшир  
плева разор  
разрыв вла

Женщин  
и ударила  
яние больш  
Очень кр  
рилось выш

При тра  
канала об  
Ожоги  
(Андреев)

<sup>1</sup> Гин

<sup>2</sup> Та



родов глубокие разрывы промежности с повреждением (разрывом, растяжением) глубоких мышц.

Тим предлагает для легких степеней выпадения матки, удерживаемой кольцом, 20% общей потери трудоспособности (не профессиональной), при загибе матки — в 10-20%, при ношении хорошо сидящего пессария — от 0-10%, после исчезновения острых симптомов.

Кюстнер обращает большее внимание на профессиональную потерю трудоспособности. Необходимо помнить, что очень многие случаи излечиваются окончательно путем операции. Если получился рецидив, то следует еще учесть возможные последствия операции.

#### Б. ТРАВМЫ И ВОСПАЛЕНИЯ

Травмы наружных и внутренних половых органов могут вызвать кровоизлияния и воспалительные явления поврежденных частей. В этом отношении часты травмы больших половых губ; в рыхлой подкожной клетчатке образуются огромные экстравазаты, трудно рассасывающиеся и имеющие тенденцию к нагноению.

20-летняя девушка упала с высоты одного метра на бутылку от пива, причем горлышко бутылки продырявило платье и проникло во влагалище, из которого удалено с трудом. В области левого седалищного бугра и промежности обширное кровоизлияние; кольцевидная девственная плева разорвана на 3 части; за нею обнаружен круговой разрыв влагалища (Keszly).

Женщина в конце беременности при чистке окон упала и ударилась о край железной кровати. Обширное кровоизлияние большой половой губы.

Очень кровоточивы разрывы клитора, о которых говорилось выше.

При травматических повреждениях мочеиспускательного канала образуются стриктуры (Виноградов<sup>1</sup>).

Ожоги влагалища могут вызвать затруднения при родах (Андреев<sup>2</sup>).

<sup>1</sup> Гинекол. и акуш. 1924 г. № 1.

<sup>2</sup> Там же.



Установить этиологическую связь между воспалительными явлениями труб и яичников и травмой весьма трудно; здесь всегда возникает вопрос об обострении уже раньше существовавшего процесса. Зато разрыв беременной трубы, хотя и может быть вызван травмой, но причина его лежит, конечно, в самой аномалии беременности, так как труба рано или поздно должна лопнуть.

#### В. ОПУХОЛИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Относительно образования опухолей существует несколько теорий, в том числе травматическая. Хотя развитие опухоли от травмы мало вероятно, но ускорение роста опухоли вполне возможно. Яичниковые кисты при падении на живот могут лопнуть и повести к тяжелым осложнениям (перитонит); не исключается также перекручивание ножки кисты от травмы.

Невралгии половых органов и окружающих частей, например, копчиковая (coccygodynia), встречаются при падении, повреждениях, во время родов. Они проходят в большинстве случаев через некоторое время.

#### Г. ВЛИЯНИЕ ТРАВМЫ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ

##### а) Трудные роды

Профессии, связанные с сидячим или стоячим образом жизни, оказывают неблагоприятное явление на родовую деятельность. В этом отношении следует провести параллель между чернорабочими, рожаящими легко, и женщинами-счетоводами или конторщицами, страдающими, я сказал бы, профессиональной вялостью родовых схваток. Кто из акушеров незнаком с затяжными родами канцелярских служащих, с варикозными узлами зубных врачей и продавщиц, принужденных большую часть дня проводить стоя?

Расширение вен на голених является часто лишь наружным проявлением столь же обильных внутренних венозных узлов, имеющих значение в послеродовом периоде в смысле опасности тромбоза.

В некоторых производствах у работниц отмечается большой процент мертворождений.

Среди обследованных текстильщиц получены следующие результаты вследствие

##### б) Преемственность

Среди причин преемственности

1) механические повреждения

2) химические повреждения

3) физические повреждения

4) психические повреждения

5) Они могут быть вызваны

6) Они могут быть вызваны

7) Они могут быть вызваны

8) Они могут быть вызваны

9) Они могут быть вызваны

10) Они могут быть вызваны

11) Они могут быть вызваны

12) Они могут быть вызваны

13) Они могут быть вызваны

14) Они могут быть вызваны

15) Они могут быть вызваны

16) Они могут быть вызваны

17) Они могут быть вызваны

18) Они могут быть вызваны



Среди обследованных М. Hirsch'ом (Берлин) 1100 работниц-текстильщиц только в 30% были нормальные и вполне благополучные роды; частовстречается узкий таз, истощение вследствие тяжелой работы.

#### б) Преждевременные роды и аборт

Среди причин, вызывающих преждевременные роды и аборт, отметим<sup>1</sup>:

1) механические травмы, оказывающие действие непосредственно или косвенным образом (внезапное повышение внутрибрюшинного давления);

2) химические травмы: средства, вызывающие схватки, слабительные; профессиональные отравления мышьяком, свинцом, фосфором, ртутью, табаком, хлором и окисью углерода;

3) физические травмы (электрические травмы, тепловой и солнечный удар, ожоги);

4) психические травмы (страх, испуг, душевное потрясение). Они могут вызвать преждевременное прерывание беременности двояким образом: действуя на организм матери или непосредственно на плод. В первом случае они наносят либо общий вред организму матери, вызывая общее заболевание, либо действуют специально на тазовые органы (вазомоторные расстройства, разрыв матки, схватки и т. д.). Смерть плода непосредственно наступает, например, при отравлении фосфором или при внутриматочном повреждении плода: первичная смерть плода; либо же она поступает при повреждении плодных оболочек и последа (разрыв пузыря, ретроплацентарное кровоизлияние): вторичная смерть плода.

Ввиду того, что огромное большинство абортс производятся искусственно и умышленно, следует подходить весьма осторожно к установлению связи между травмой и абортс. Эта связь, однако, допустима:

а) Если несчастный случай объективно доказан, был достаточно интенсивен и мог оказать влияние на беременность;

<sup>1</sup> P. Horn, Praktische Unfall Invaliden - Begutachtung, 1922 г. Verlag J. Springer.



б) Если симптомы аборта или преждевременных родов (кровотечение, схватки) появились вслед за травмой или не более как через 2—4 дня после нее, и в) если другие причины аборта можно исключить.

Потеря трудоспособности после аборта или преждевременных родов в течение 2—6 недель равняется 100%; затем — в зависимости от возможных осложнений (кровотечение инфекция или повреждение).



Часть II  
МЛАДЕНЕЦ



В 1934 году  
издана

Новоро  
Г. Прич

Под дет  
его н  
час ж  
преду  
иально  
ным пис

# О ДЕТ

Перейдем  
ову надлеж  
убийстве м  
йства, по  
иты крайн  
том вопро  
осу, надлеж  
ерью свое  
142 У. К. и  
иальной з  
Однако, с  
асности рез  
отренным  
работы  
ство мате  
причин:  
1. Острой  
голодное  
2. Острог  
дающей в  
3. Болезне  
так в о  
посторон  
том роде



## Х. ДЕТОУБИЙСТВО

А. Новорожденность. Б. Живоспособность. В. Живорожденность.  
Г. Причины смерти ребенка. Д. Умышленное детоубийство.

Под детоубийством понимается убийство матерью своего новорожденного ребенка во время или тотчас же после родов. В Уг. Код. СССР детоубийство предусмотрено ст. 142. Хотя в Уг. Код. РСФСР нет специальной статьи, но детоубийство предусмотрено инструктивным письмом председателя УКК Верх. Суда РСФСР.

### ИНСТРУКТИВНОЕ ПИСЬМО УКК ВЕРХ. СУДА РСФСР № 2, 1926 г.

Рассылается на основании ст. 6  
наказа УКК по утвержд. его През.  
Верх. Суда в засед. от 22-XI—  
1926 г.

Предс. Верх. Суда РСФСР  
*Стучка*

### О ДЕТОУБИЙСТВЕ и ст. 142 Уг. Код. (редакция 1922 г.)

Перейдем теперь к вопросам особенной части УК. Из них в первую голову надлежит остановиться на вопросе о детоубийстве или, вернее, об убийстве матерью своего ребенка при рождении. Это — особый вид убийства, по которому практика судов при назначении мер социальной защиты крайне разнообразна. Для того, чтобы в будущем не было в этом вопросе разнобоя и для выявления подхода УКК к этому вопросу, надлежит сказать следующее: по внешним признакам убийство матерью своего ребенка при рождении подходит под п.п. „д“ и „е“ ст. 142 У. К. и потому, казалось бы, требует соответствующей меры социальной защиты.

Однако, сущность этого преступления и степень его социальной опасности резко расходятся со всеми остальными преступлениями, предусмотренными ст. 142 У. К., в том числе и п.п. „д“ и „е“ этой статьи. Опыт работы УКК показывает, что в громадном большинстве случаев убийство матерью своего ребенка при рождении является следствием трех причин:

1. Острой материальной нужды матери, обрекающей ее и ребенка на голодное существование.
2. Острого чувства стыда под давлением невежественной среды, создающей в будущем невыносимую жизнь матери и ребенку.
3. Болезненной психики, безусловно расшатанной как самими родами, так в особенности обычной в таких случаях обстановкой (роды без посторонней помощи, в одиночестве, часто в сарае или где-нибудь в этом роде и т. п.).



Именно эти причины заставляют мать, преодолевая присущий ей инстинкт материнства, совершить подобное преступление. Исходя из этих соображений, УКК считает, что назначение суровых мер социальной защиты за эти преступления не может дать никаких результатов. Борьба с этим явлением должна идти не столько по пути уголовной репрессии, сколько по пути улучшения материальной обеспеченности женщин - одиночек и изживания вековых предрассудков, еще глубоко коренящихся в особенности в крестьянских массах.

Эти соображения тем более справедливы, что детоубийство ни в коей мере не может быть признано явлением, имеющим массовый характер, и что нет никаких оснований утверждать об угрожающем развитии этого социально - опасного явления.

По этому УКК считает нужным, если подобного рода преступление совершено впервые и вызвано указанными выше причинами, за преступления этого рода назначать меру социальной защиты в виде лишения свободы на минимальные сроки или ставить вопрос об условном осуждении, так как УКК считает, что указанные выше причины в весьма значительном числе случаев целиком подойдут под то „тяжелое стечение обстоятельств“, которое указано как необходимое условие применения ст. 36 У. К., а совершение этого преступления впервые вместе с отсутствием опасности осужденного для общества, в подавляющем большинстве случаев дополняет собой все остальные признаки, допускающие применение условного осуждения. УКК., исходя из указанных соображений и судебной практики, одновременно входит с предложением об изменении санкции соответствующей статьи УК в отношении случаев детоубийства при родах.

К изложенному УКК считает нужным сделать следующую оговорку. Назначение столь мягких мер социальной защиты за убийство матерью своего ребенка при рождении УКК считает возможным и целесообразным исключительно в тех случаях, когда убийство это было результатом действия указанных выше причин и, кроме того, при действии второй из указанных причин (стыд и влияние среды) только в случае очень низкого культурного уровня матери. Если же преступление совершено достаточно культурной матерью и при том в сравнительно благоприятных условиях, то УКК не видит никаких оснований для применения указанных выше мягких мер социальной защиты. Кроме того, конечно, нет оснований применять мягкие меры социальной защиты в тех случаях, когда убийство совершено с проявлением особой жестокости или совершено повторно, т. е. матерью, уже подвергавшейся мерам исправительно - трудового воздействия за тождественное преступление, — что свидетельствует о повышенной социальной опасности матери, совершившей такое убийство. Для того, чтобы покончить с вопросом о детоубийстве, к сказанному надлежит добавить следующее. Все соображения о необходимости мягкой репрессии в отношении матерей отнюдь не могут применяться к другим лицам. Подстрекательство к убийству матерью своего ребенка и соучастие в убийстве, в особенности если оно вызвано корыстными соображениями, должно расцениваться судом, как обычное убийство со всеми вытекающими из этого последствиями“.

В обоих законодательных актах предусмотрены гораздо более мягкие меры социальной защиты, чем по отношению к другим видам убийства. В основе такого снисходительного взгляда лежат как свойства мотивов, побуждающих к детоубийству (тяжелое материальное состояние, стыд и страх перед предрассудками окружающей темной среды, клеймящей внебрачную мать), так и особое физическое и психическое состояние, в котором находится роженица или родильница. „Совершено справедливо считают, говорит Фрич, что женщина во время родов, если и не теряет сознания, но приходит от болей, волнений и страха в такое состояние, которое препятствует правильному соображению“.

Мотивы  
История детоубийства  
Социальные  
женщину осуждают  
прибегнуть к  
идыванию  
на чердаке,  
уки родов,  
мог обратит  
тиском в со  
душит.  
Грин<sup>1</sup> г  
убийства.  
полвека об  
аборта. Но  
числе остав  
имеет тенде  
в недостаточ  
турно - и ма  
Приведу

Частные  
(Московской  
ствуют о ро  
Существо  
этого явлени  
дования — с  
внимание

<sup>1</sup> „Абс  
<sup>2</sup> Из  
тута по



Мотивы детоубийства в сущности те же, что и аборта. История детоубийства и аборта одинакова. Там, где условия (социальные, материальные и пр.) неумолимо вынуждают женщину освободиться от плода и где она не в состоянии прибегнуть к аборту, там она прибегает к убийству или подкидыванию своего младенца после родов. Лежа где-нибудь на чердаке, сеновале или в бане, она со страхом терпит все муки родов, часто не издав ни единого стона, который бы мог обратить на нее внимание. Но новорожденный своим писком в состоянии ее выдать, — она хватает его за горло и душит.

Грин<sup>1</sup> правильно назвал аборт клапаном от детоубийства. Уменьшение детоубийства в течение последнего полвека объясняется отчасти успехом, выпавшим на долю аборта. Но в последние годы детоубийство (считая в том числе оставление в беспомощном состоянии, подкидывание) имеет тенденцию к увеличению. Повидимому, причина его в недостаточной доступности аборта в деревне, среди культурно- и материально наиболее отсталых масс населения.

Приведу несколько цифр<sup>2</sup>:

Детоубийство по годам	В части РСФСР, откуда имеются сведения	Коэффициент на 10.000 ро- ждений
1909	376	2,7
1910	390	2,9
1912	305	3,1
1923	461	3,2
1924	664	5,0
1925	1.120	6,7

Частные сведения, получаемые из некоторых губерний (Московской, Иваново - Вознесенской и др.), также свидетельствуют о росте количества детоубийств.

Существующий особый взгляд законодательства и рост этого явления, с одной стороны, специальные методы исследования — с другой, дают достаточные основания уделить внимание детоубийству.

<sup>1</sup> „Аборт — операция или преступление?“.

<sup>2</sup> Из доклада Н. В. Попова, прочитанного в Кримин. Секции Института по изучению преступности и преступника при НКВД.



В уголовной практике часто приходится заниматься разбором дел по подозрению в детоубийстве. Умирает ли скоропостижно без видимой причины новорожденный; находят ли где-нибудь на чердаке, в уборной, в выгребной яме, под забором трупик новорожденного, исчезает ли бесследно ожидаемый младенец—всегда возникает подозрение в насильственной смерти или в оставлении в беспомощном состоянии (ст. 156 и 157 Уг. Код. РСФСР и ст. ст. 142 и 158 УССР).

Поэтому в каждом случае возникают следующие вопросы: 1) Является ли данный младенец новорожденным? 2) Доношен и жизнеспособен ли он? 3) Родился ли живым? 4) Если родился живым, то сколько времени он прожил и что послужило причиной его смерти (оставление без помощи, без пищи, на холоду, задушение, иного рода повреждения)? 5) Если падает подозрение на определенную женщину, как на мать данного младенца, то требуется определить: родила ли она в срок, соответствующий рождению данного младенца. О признаках недавних родов см. сказанное в соответствующей главе.

#### А. НОВОРОЖДЕННОСТЬ

Вопрос о новорожденности младенца связан с другим вопросом: как долго он прожил, если он родился живым? Срок, в течение которого младенца следует считать новорожденным, нигде в законе не указывается, ни в Уголовном Кодексе УССР, ни в инструктивном письме Верховного Суда, ни в законах большинства западно-европейских государств. Имеются лишь выражения: „убийство новорожденного“, „во время родов“, „тотчас же после родов“ и проч.<sup>1</sup> Ведь в основе всего учения об уменьшенной вменяемости лежит сознание, что родящая или родившая

<sup>1</sup> В Теодозианском кодексе было определение: „пока дети окровавлены“; Frogier: „пока ребенок не очищен и не присмотрен, и пуповина еще при нем“; Allivier: „пока пуповина еще не отделилась“; Hübner: „пока еще следы послета на нем“. Более определенные указания дает Баварский Уг. Код. 1813 г.: „ребенок, не имеющий 3-х дней от роду, считается новорожденным“, „первый час после родов“ — Саксонский Уг. К. 1816 г.: „ребенок не старше 24 часов“ — Вюртембергский Уг. К. 1839 г. Mittermeier: „пока у матери продолжается нервное возбуждение“.



женщина находится в ненормальном физическом и психическом состоянии; следовательно, этот период бывает различной продолжительности. Во всяком случае это состояние измеряется не минутами, а часами, при особых обстоятельствах даже днями. Следует помнить, что врачи понимают под родами физиологический акт рождения, а юристы — всю совокупность обстоятельств, сопутствующих родам (Фрич).

Признаки новорожденности на ребенке определяются наружным осмотром и вскрытием трупа.

Из внешних признаков следует отметить: а) загрязнение трупа кровью матери или из пуповины; б) присутствие на теле (особенно в подмышечных и паховых складках кожи) сыровидной смазки (*vernix caseosa*). Последняя представляет собой выделение кожных сальных желез (жир, холестерин) с примесью слущивающегося эпителия кожи (эпидермоидальные клетки) и пушка. Количество смазки различно, она может быть незаметной. Сыровидная смазка может, впрочем, оставаться долгое время на теле, если ребенок не помыт, а потому лишена значения достоверного признака новорожденности; загрязнение тела меконием (см. ниже) также не служит доказательством новорожденности; в) важнейший признак — состояние пуповины. Если на ребенке находится целая пуповина с последом, то это верный признак новорожденности.

Теоретически рассуждая, может представиться случай, когда ребенка находят с пульсирующей пуповиной и требуется точно определить момент родов. Спрашивается, сколько времени может пульсировать пуповина после рождения ребенка, отрезанная или находящаяся в связи с последом? Как известно, пупочные артерии пульсируют еще некоторое время после рождения младенца, причем пульсация постепенно прекращается. Обычно со стороны последа пульсация продолжается до 5 минут, но наблюдались случаи, когда она продолжалась 30 минут и дольше. Я лично наблюдал рождение доношенного младенца одновременно с последом, причем пупочные артерии продолжали биться 12 минут, закончивши биение у самого пупочного кольца.

У новорожденного младенца остаток пуповины (культи) свеж и сочен. Если ребенок продолжает жить, то культи начинает сохнуть, мумифицируется и превращается в жесткий



красный шнурок, отпадающий после 4 дня, в среднем на 6-7 день. На вторые сутки уже образуется в пупочном конце ясное воспаление (демаркационное кольцо), заключающееся в покраснении и опухании; оно начинается еще раньше и, быть может, подготавливается уже в первые минуты после рождения или во время родов. Если остаток пуповины еще мягок, упруг, сочен, голубоватого или перламутрового цвета, то можно заключить, что между родами и смертью прошло не более суток времени. Если остаток пуповины высох, мумифицировался, — ребенку больше суток; если отделился, — то не менее 4-х суток. Гнилостное состояние трупа лишает возможности установления новорожденности по пуповине.

#### Б. ЖИВОСПОСОБНОСТЬ

Вопрос о живоспособности разрешается степенью доношенности плода и правильностью его развития. Живоспособными в судебной медицине признаются плоды, рожденные после 30-ой недели беременности, имеющие не меньше 38 см. длины и правильное развитие важных для жизни органов (мозга, сердца, легких, кишечника и проч.).

Зрелость и жизне способность — понятия идентичные. Еще незрелый плод может быть жизнеспособен и остаться жить, а зрелые плоды могут быть нежизнеспособны вследствие уродства развития, внутриутробно приобретенных болезней, полученных во время родов повреждений и проч.

Поэтому при каждом исследовании трупа новорожденного обращают особенное внимание на степень развития и на патологические процессы. Если плод не достиг еще 30 недель, то не производится вскрытия трупа, если не последует особого требования со стороны следственных или судебных органов.

Унгар совершенно справедливо отмечает, что если имеется детоубийство, то совершенно безразлично, достиг ли плод полной зрелости или не достиг ее. Если связь установлена между инкриминируемым деянием и смертью плода, то налицо детоубийство; только выбор мер социальной защиты может зависеть от зрелости плода, т. е. были ли большие или меньшие шансы на жизнь ребенка.

Детоубийство — это умышленное или по неосторожности причинение смерти новорожденному. Оно может быть совершено до или после рождения ребенка. В зависимости от времени совершения преступления оно делится на детоубийство до рождения и детоубийство после рождения. Детоубийство до рождения совершается, когда женщина, зная, что она беременна, производит искусственное прерывание беременности. Детоубийство после рождения совершается, когда женщина или другой человек причиняет смерть новорожденному ребенку. Детоубийство после рождения может быть совершено в течение первых суток жизни ребенка или позднее. В зависимости от времени совершения преступления оно делится на детоубийство в первые сутки жизни ребенка и детоубийство позднее. Детоубийство в первые сутки жизни ребенка совершается, когда женщина или другой человек причиняет смерть новорожденному ребенку в течение первых суток жизни ребенка. Детоубийство позднее совершается, когда женщина или другой человек причиняет смерть новорожденному ребенку позднее первых суток жизни ребенка. Детоубийство может быть совершено с целью получения выгоды или с целью скрытия другого преступления. Детоубийство с целью получения выгоды совершается, когда женщина или другой человек причиняет смерть новорожденному ребенку с целью получения выгоды. Детоубийство с целью скрытия другого преступления совершается, когда женщина или другой человек причиняет смерть новорожденному ребенку с целью скрытия другого преступления.

а) Правила исследования трупа новорожденного. 58. При исследовании трупа новорожденного необходимо обращать внимание на следующие признаки: 1) размеры тела; 2) состояние кожи; 3) состояние внутренних органов; 4) состояние пуповины; 5) состояние родовых путей. 59. При исследовании трупа новорожденного необходимо обращать внимание на следующие признаки: 1) размеры тела; 2) состояние кожи; 3) состояние внутренних органов; 4) состояние пуповины; 5) состояние родовых путей.

Из Вр. по утвержд. НКЗ.



## В. ЖИВОРОЖДЕННОСТЬ

Детоубийство может быть совершено только над живым младенцем; если последний родился мертвым, то он не мог быть убитым, хотя бы на нем и обнаружены были знаки насилия. Поэтому от суд.-мед. эксперта требуется решение вопроса о живорожденности. Признают, что ребенок родился живым, если он хотя бы немного дышал. С целью определения последнего обстоятельства производят вскрытие трупа младенца и исследуют легкие и желудочно-кишечный тракт. У недышавших младенцев легкие малокровны, бледно-мясного цвета, плотной, равномерно мясистой консистенции; напротив, у дышавшего — легкие увеличены в объеме (и тем больше, чем лучше было наполнение их воздухом), растянуты, заполняют грудную полость, прикрывая передними краями отчасти сердце; рыхлы, при разрезывании трещат от содержания пузырьков воздуха и выделяют пенистую кровь. Самое важное отличие дышавших легких от недышавших заключается в их удельном весе: дышавшие легкие легче воды и при опускании их в воду целиком или отдельными кусочками плавают; не дышавшие — тяжелы и опускаются на дно.

### а) Правила, соблюдаемые при вскрытии тел новорожденных младенцев<sup>1</sup>.

58. При исследовании тел новорожденных, эксперту следует собрать подробные сведения не только об обстоятельствах, при которых мертвое тело обнаружено, но и обо всем, что касается здоровья матери и течения родов; выяснить также, при каких условиях сохранялось тело до времени его вскрытия.

59. При наружном осмотре обращать внимание на признаки гнилости и особенно на признаки зрелости плода. Отметить в точности: вес и длину тела, окружность головы, наибольший длинный (от подбородка до затылочного бугра) и наибольший поперечный (межтеменный) размеры, а также большой крест (от подбородка до наиболее удаленной точки затылка) поперечники плеч и бедер; далее замечать свойства кожи (пушок, сыровидная смазка), свойства глаз (мигательная перепонка), степень развития носовых и ушных хрящей, а также ногти на пальцах; в каком расстоянии от мечевидного отростка и лонного сращения прикреплена пуповина; при осмотре половых частей отметить правильность их развития; например, у ребенка мужского пола, находятся ли яички в мошонке, как расположено отверстие мочевого канала, насколько прикрыта головка члена крайней плотью и как сформирован самый член. Кроме того, исследовать нижний эпифиз бедренной кости на присутствие в нем ядра окостенения, вскрыть коленный сустав спереди, отпрепарировать часть бедра, отогнув чашку

<sup>1</sup> Из Вр. постановл. для мед. эксп. о пор. произв. иссл. трупов, утвержд. НКЗ РСФСР 6/V 1919 г.



и голень, тонкими горизонтальными срезами хрящевой ткани до ядра окостенения; нашедши измерить наибольший его диаметр в миллиметрах.

60. Обращать также внимание, нет ли неправильностей в образовании тела, которые могли влиять на жизнеспособность, или повреждений на поверхности тела; в отношении последних, особенно внимательно осмотреть волосистую часть головы, рот, шею, область позвоночника, задний проход и половые части. Отметить, нет ли на голове родовой опухоли; какова пуповина, толста, отделена ли от последа; перевязана ли и какой вид имеет место отделения, отрез или разрыв и как далеко отстоит от брюшной стенки. Если имеется послед, заметить его вес, форму, размеры, место прикрепления пуповины и свойство ткани; в каком количестве и какие оболочки имеются на последе.

61. Если наружным осмотром установлено, что ребенок рожден до истечения 30 недель утробной жизни, или если найденные при осмотре неправильности образования тела или болезни несомненно свидетельствуют о нежизнеспособности плода, то дальнейшее вскрытие тела не производится. Впрочем, по требованию судебной власти, и в этих случаях должно быть производимо внутреннее исследование тела. При производстве вскрытия тел новорожденных младенцев, поступать, как при вскрытии тел взрослых, со включением нижеследующих особенностей.

62. Для разрешения вопроса живорожденности должны быть произведены, по крайней мере, две пробы — легочная и желудочно-кишечная. При наружном осмотре обращают внимание на степень округлости грудной клетки и вздутие живота; вскрыв затем брюшную полость, замечают высоту стояния купола грудобрюшной преграды; до вскрытия грудной полости отпрепарировывают дыхательное горло и перевязывают его узкою тесьмой. Вскрыв грудную клетку, замечают, насколько обемисты легкие, их цвет, плотность ткани на ощупь, что содержат плевральные полости; потом вскрывается окологсердие, определяются наружные свойства сердца и содержимое их полостей. После этого должно перерезать дыхательное горло выше перевязки, обращая внимание, не вытекает ли что из верхнего отдела, и приступить к извлечению легких вместе с сердцем и вилочковой железой. Все это осторожно опустить в просторный сосуд, наполненный чистой водой; при этом замечать, остаются ли легкие на поверхности воды или тонут, и при этом скоро или медленно; затем удалить вилочковую железу и исследовать проходимость артериального Боталлова протока; для этой последней цели вскрывают сердце на месте, из правого желудочка вскрывают легочную артерию малыми ножницами по передней стенке вверх; тогда открывается сначала правая и левая ветви легочной артерии, а немного выше — отверстие Боталлова протока, в который вводят зонд по направлению справа налево и сверху вниз. Далее, осмотрев легкие снаружи, следует отделить сердце, а плавательную пробу повторить с одними дыхательными органами, замечая равномерно ли плавают или погружаются отдельные части легких. То же повторить с каждым легким отдельно и с каждой отдельной легочной долей, вскрыв предварительно и осмотрев дыхательные пути. Наконец, определяют разрезами свойство легочной ткани, ее каждую долю изрезают на кусочки, испытывая их плавательную способность; кроме того, отдельные кусочки сдавливают под водой пальцами, наблюдая, не поднимаются ли из них пузырьки газа на поверхность воды.

63. Отделенное сердце внимательно осмотреть снаружи, не замечаются ли мелкие кровоизлияния под серозным покровом (пятна Тардье), докончить вскрытие сердца и осмотреть овальное отверстие, насколько оно открыто. Вилочковую железу измерить и взвесить, описать ее форму и каковы свойства ее ткани при разрезах.

64. Для производства желудочно-кишечной пробы должно перевязать желудок у входа и выхода двумя лигатурами в каждом месте; удобнее делать это до извлечения грудных органов.

Так же по  
там, где заме  
шек и желудк  
чании этой  
вильно ли об  
Аранциев про  
проходимость  
обычным спо  
65. При во  
на степень ра  
верхность она  
мость черепны  
ных с повреж  
не пилою, а  
с твердой обо  
чае невозмож  
гового веществ  
димое; особен  
говатый мозг,  
извлекаются в

Следует  
понизиться  
пузырьков г  
воздуха в це  
значения в  
в детоубийст  
оживлению.

думать при  
При дыха  
расправляет  
женным глаз  
духом и пуз  
ения. Гнилос  
могут потону  
селезенка —  
газа. Если ле  
плавает, то  
не дышали.

Легочная  
ванию легких  
только по пл  
Я хотел б  
известное в м  
При первых д  
из культи пу  
сывается и п



Так же перевязываются отделы тонких и толстых кишек, особенно там, где замечается развитие газов; отделенные лигатурами части кишек и желудок испытываются на плавание, подобно легким. По окончании этой пробы следует осмотреть брюшную полость, правильно ли образованы пупочные сосуды, артерии и вены, а также Аранциев проток; последний и пупочная вена исследуются зондом на проходимость. Затем брюшные органы и органы шеи вскрываются обычным способом.

65. При вскрытии черепной области необходимо обратить внимание на степень развития родовой опухоли, какую часть головы, какую поверхность она занимает и какова ее толщина; испытывать смещаемость черепных костей, замечая, нет ли недостатков их развития, сходных с повреждениями. Описав роднички, вскрывать черепную полость не пилою, а крепкими ножницами, отделяя частями кости вместе с твердой оболочкой и отмечая наполнение ее венозных пазух. В случае невозможности извлечь мозг в целости, по причине мягкости мозгового вещества, снимать послойно широким ножом, описывая необходимое; особенного внимания при этом заслуживают малый и продолговатый мозг, которые по удалении большого сравнительно легко извлекаются в целости и могут быть вскрыты обычным способом".

Следует иметь в виду, что удельный вес легких может понизиться при гниении трупа, вследствие образования в них пузырьков гнилостных газов и при искусственном вдувании воздуха в целях оживления. Второе обстоятельство не имеет значения в судебно-медицинских случаях, ибо подозрение в детоубийстве отпадает, если были сделаны попытки к оживлению. Что же касается гнилости, то об этом следует думать при наличии вообще признаков гнилости легких.

При дыхании воздух, проникая в бронхи, равномерно расправляет легочные пузырьки, что заметно уже невооруженным глазом или лупой; неравномерное наполнение воздухом и пузыри не одинаковой величины зависят от гниения. Гнилостные пузыри следует проколоть, тогда легкие могут потонуть. В гнилых трупах и другие органы — печень, селезенка — гнилы и также плавают вследствие развития газа. Если легкие по вскрытии пузырьков тонут, а печень плавает, то можно заключить с уверенностью, что легкие не дышали.

Легочная проба определяется по подробному исследованию легких (цвет, консистенция, размеры и т. п.), а не только по плавательной их способности.

Я хотел бы обратить внимание на одно обстоятельство, известное в медицине, но о котором почему-то забывают. При первых дыхательных движениях грудной клетки кровь из культи пупочной вены и Аранциевого протока присасывается и поступает в правое сердце (правое предсердие)



поэтому на трупах дышавших младенцев пупочная вена и Аранциев проток пусты; тромб там вообще не образуется, вероятно, вследствие особого свойства эндотелия. Напротив, в пупочных артериях почти всегда находятся тромбы. Если младенец не дышал, то в пупочной вене и Аранциевом протоке часто находят немного жидкой крови, иногда легкие сгустки. Эта находка может служить подсобным признаком в необходимых случаях, наравне с другими пробами.

Желудочно-кишечная проба, предложенная Бреслау'ом, основана на том, что при дыхании новорожденного воздух попадает в желудок и оттуда в кишечник.

Во французской литературе в последнее время предложен был еще один признак живорожденности: если ребенок дышал, то вместе с воздухом в желудок поступает слюна и может быть определена в желудочном содержимом по наличию птиалина и сульфациановой кислоты.

Если ребенок не дышал, то, как известно из повседневной акушерской практики, еще не значит, что он родился мертвым. Он мог находиться в состоянии асфиксии (мнимой смерти) и затем лишь умереть. Асфиксия зависит от закупорки дыхательных путей слизью и околоплодной жидкостью (в большинстве случаев), либо от общего ослабления, либо от расстройства центра дыхания, вследствие давления на мозг (кровоизлияние в черепную полость). В последнее время мозгу приписывается все большее значение. В редких случаях дышавшие легкие могут быть найдены на трупе безвоздушными, напр., при наличии воспалительных процессов (опеченение), при ателектазе, плеврите.

Внутричерепные кровоизлияния посмертно устанавливаются вскрытием по способу Пуппе: в каждой теменной кости вырезывается оконце величиною немного больше серебряного рубля, и осторожно удаляется головной мозг, при этом обнаруживается кровоизлияние, если таковое имеется. Затем осторожно промывают черепную полость и осматривают, нет ли разрывов намета мозжечка (*tentorium cerebelli*) или серпа мозга (*falx cerebri*).

Чтобы уяснить себе эти сложные процессы, необходимо несколько остановиться на анатомических отношениях. Внутренняя яремная вена (*V. jugularis interna*) собирает кровь из мозга и мозговых оболочек. Внутри черепа от твердой мозговой оболочки (являющейся в то же время надкостницей черепных костей) отходят плотные соединительнотканые пластинки; большой и малый серповидные отростки (*falx cerebri* и *falx cerebelli*), мозжечковый намет (*tentorium cerebelli*) и крышка турецкого седла (*diaphragma sellae*). Вдоль прикрепления этих пластинок к твердой мозговой оболочке в толще последней находятся каналы

с плотным  
мозга и обо  
(sinus veno  
бугра; отск  
шимся у м  
оболочки,  
должением  
бы выходя

При пр  
фигурация)  
ративного  
венозных

Seitz<sup>1</sup>, 1

а) над

б) под

в) кро

г) кро

Незнач

часты. S с h  
часто незн  
сонливост  
шечные по  
моментами  
длинный п

Saenge

и локализа  
шение  
представля  
бое место.  
намета (ve  
прягаются  
фигурация  
течения з  
исследован  
излияния  
единствен  
У 46 млад  
денцев, р  
у 3-х отсут  
тричерепн

У уме  
шипцов м  
ложек щи

В 46 с  
рыв намет  
новремен  
жденных

Fisc  
изменения  
ческая ка

<sup>1</sup> Нег  
Gyn. 1922,

<sup>2</sup> Jour

<sup>3</sup> Mor

<sup>4</sup> Me



с плотными стенками, наполненные венозной кровью, идущей от мозга и оболочек. Эти каналы называются венозными пазухами (*sinus venosi*) и соединяются в общую систему в районе затылочного бугра; отсюда кровь по перечным пазухам (*sinus transversi*), находящимся у места отхождения мозгового намета от твердой мозговой оболочки, направляется к яремным отверстиям черепа: поперечными пазух являются внутренние яремные вены, как бы выходящие из полости черепа через эти яремные отверстия.

При прохождении головки младенца через узкий таз (сильная конфигурация), от долгого стояния головки во входе в таз либо от оперативного вмешательства происходят разрывы с кровоизлияниями из венозных пазух.

Seitz<sup>1</sup>, исходя из практических соображений, делит кровоизлияния на:

- а) наднаметочные (*supratentorialis*)
- б) поднаметочные (*subtentorialis*)
- в) кровоизлияния в желудочки мозга и
- г) кровоизлияния в спинно-мозговой канал.

Незначительные разрывы и небольшие кровоизлияния довольно часты. Schagreu A. S. Mac laige<sup>2</sup> находили их в 90%. Острые симптомы часто незначительны или могут отсутствовать. Чаще всего наблюдается сонливость, доходящая до ступора, неловкость сосания, частичные мышечные подергивания или судороги другого рода. Предрасполагающими моментами служат: первородные, зрелые младенцы мужского пола, длинный период раскрытия, наложение щипцов.

Saenger (Мюнхен)<sup>3</sup> производил тщательные исследования причин и локализации внутричерепных кровотечений у новорожденных. Нарушение кровообращения особенно отражается на *sinus rectus*, представляющем по своему положению и протяжению при застое слабое место. При этом происходит переполнение кровью вен серпа и намета (*venae falcis et tentorii*); пластинки намета изнутри сильно налегают. Если при застое происходит еще резкий сдвиг костей (конфигурация черепа), то разрыв намета почти неизбежен. Степень кровотечения зависит от калибра и свойства поврежденных сосудов. Из исследованных 100 новорожденных младенцев лишь в 27 случаях кровоизлияния отсутствовали; легкие кровотечения, не бывшие, вероятно, единственной причиной смерти, также наблюдались в 27 случаях. У 46 младенцев были более значительные кровоизлияния. Из 23 младенцев, родившихся в ножном или ягодичном положении, только у 3-х отсутствовал разрыв намета и только у одного отсутствовало внутричерепное кровоизлияние.

У умерших от внутричерепных кровоизлияний после наложения щипцов можно было установить несимметричное наложение обеих щипцов. Кровоизлияния в вещество мозга отсутствовали.

В 46 случаях тяжелого кровоизлияния 29 раз был обнаружен разрыв намета и его сосудов; 9 раз разрыв венозной пазухи, 7 раз — одновременно и то, и другое; в 8 случаях — кровь происходила из поврежденных *venae cerebri superiores*.

Fischer<sup>4</sup> находил гистологически на трупах младенцев очаговые изменения глии, некроз, грануляции, склероз, ожирение; гистологическая картина напоминала Вирховский энцефалит новорожденных.

<sup>1</sup> Henkel, M. Über intrakranielle Blutungen Neugeborener. Zentrbl. f. Gyn. 1922, № 4.

<sup>2</sup> Journ. of the amer. med. assoc. № 5, 1926 г.

<sup>3</sup> Mon. f. Geb. u. Gyn. 1924. № 5.

<sup>4</sup> Med. germano - hispano - amerikano 1924. № 11.



Наличие внутричерепного кровоизлияния иногда удается и без вскрытия. Schönholz<sup>1</sup> пытался обнаружить его посредством рентгеновского снимка, введя в кровообращение (через яремную вену) сурик, дающий хорошие снимки кровоизлияния в мозжечек и желудочки головного мозга. На живом кровоизлияние может быть обнаружено посредством прокола спинно-мозгового канала: в положительных случаях в жидкости содержится кровь.

#### б) Как долго новорожденный жил?

Для разрешения вопроса, умер ли ребенок во время или вскоре после родов, необходимо определить, как долго он жил. Здесь следует иметь в виду состояние пуповины и пупочного кольца, о чем уже говорилось. Кроме того, имеет значение результат исследования желудочно-кишечного канала по Бреслау. Гофман и Унгар впервые доказали, что легкие новорожденного могут вполне расправиться и раздуться уже от нескольких или даже от одного вдоха, так что наличие воздуха в легких не исключает смерти тотчас же после родов. С другой стороны, незначительное содержание воздуха, наличие ателектатических участков, даже полный ателектаз легких не исключает возможности жизни в продолжение нескольких часов. Вследствие общей слабости, закрытия воздухоносных путей или болезненного изменения легочной ткани, легкие могут только частично расправиться. Большие участки легких, наполненные воздухом, могут сделаться безвоздушными; в легких, дышавших даже несколько часов, может образоваться ателектаз. Но результат желудочно-кишечной пробы позволяет вывести следующие заключения: отсутствие воздуха в желудке и кишечнике делает невероятным нормальное дыхание в продолжение нескольких минут при условии беспрепятственного поступления воздуха. Если воздух содержится в желудке и в значительной части тонких кишок, то ребенок жил, по всей вероятности, по меньшей мере несколько минут. Если все тонкие кишки наполнены воздухом, то из этого следует, что ребенок не умер по истечении

<sup>1</sup> Kl. Woch. № 38. 1926 г. См. также Ulrich, O. (Z. f. Kinderheilk. 1925. т. 39 кн. 2-3):

Обращено внимание на спинномозговую жидкость, полученную путем прокола, при соблюдении асептики. Приблиз. среди 100 детей в возрасте от 2-7 дней у 15 найдена кровянистая спинномозговая жидкость, из них — 12 первородившихся; умерло 4 в течение первых недель жизни (2 недоноска и 2 — после щипцов); были судороги асфиксия и нистагм. 81 детей были обследованы в возрасте 9-11 месяцев; они оказались здоровыми.

нескольких  
воздуха; во  
часов. Взд  
за жизнь м  
Если в  
первород  
ности, жил  
кишечника  
сии (см. ни  
значительна  
случае мех  
В случае С  
по Унгару)  
Если в я  
кроме мате  
ребенок пр  
у родильни  
Указание  
некоторого  
кислые и н  
в исключите  
шевые кров  
стие между  
артерией и  
нескольких  
отрезки пр  
доказывает,  
Головная  
значительно  
в ней значит  
ной опухоли  
периода изг  
нием вод и  
опухоль мо  
ния при опр  
Иногда п  
умер. Уста  
установлени  
<sup>1</sup> В одном  
ных абортивн



нескольких минут или что было препятствие в поступлении воздуха; возможна даже жизнь в продолжение нескольких часов. Вздутие большей части толстых кишек говорит за жизнь младенца в продолжение нескольких часов.

Если в кишечнике младенца находится темно-зеленый первородный кал (меконий), то ребенок, по всей вероятности, жил не более 3-х суток, ибо меконий исчезает из кишечника обычно не позднее 3 суток. Однако, при асфиксии (см. ниже) младенца или родах в ягодичном положении значительная часть мекония может выделиться (в последнем случае механически выдавливаясь) уже во время родов. В случае Cramer'a выделение мекония продолжалось (цит. по Унгару) 16 суток.

Если в желудке младенца находится молоко, и никто, кроме матери, не мог его накормить, то предполагается, что ребенок прожил некоторое время, ибо молоко появляется у родильницы на 2-й или 3-й день.

Указанием на внутреннюю жизнь ребенка в продолжение некоторого времени служат желтоватые, лучистые, моче-кислые инфаркты в почках, встречаемые, однако, в исключительных случаях также у мертворожденных. Зародышевые кровеносные пути — Аранциев проток, овальное отверстие между предсердиями и Баталлов проток между легочной артерией и аортой — закрываются совершенно по истечении нескольких недель; впрочем, и тогда еще остаются отдельные отрезки просвета Аранциева протока. Непроходимость их доказывает, что ребенок жил уже несколько недель.

Головная опухоль новорожденного (*caput succedaneum*) значительно уменьшается к концу первых суток, если не было в ней значительного кровотечения. Впрочем, величина головной опухоли весьма различна и зависит от продолжительности периода изгнания и времени, прошедшем между прохождением вод и родами; при быстрых или стремительных родах опухоль может отсутствовать, поэтому ей не придается значения при определении продолжительности внеутробной жизни.

Иногда поднимается вопрос о том, как давно ребенок умер. Установление срока смерти может понадобиться для установления момента родов матери<sup>1</sup>. Обычные трупные

<sup>1</sup> В одном случае потребовалось установить момент внутриматочных abortивных манипуляций (см. выше).



явления, которыми пользуются для установления момента смерти, у детей должны быть применяемы с большой осторожностью, в особенности трупное окоченение. Окоченение у младенцев, вообще мало продолжительное, может развиться в утробе матери и исчезнуть ко времени родов.

#### Г. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ РЕБЕНКА

##### а) Смерть ребенка до родов

Смерть ребенка до родов вызывается заболеваниями матери или плодного яйца. Среди причин первого рода бывают острые инфекционные заболевания (сыпной тиф,



Рис. 39. Сифилитичный новорожденный, родившийся мертвым. На теле, распространенная сыпь.

скарлатина, малярия и др.), среди последних, главным образом, сифилис (рис. 39). Сифилис вызывает крайне характерные заболевания плода, как, напр., белую пневмонию (*pneumonia alba*) и остеохондрит (характерные изменения эпифиза трубчатых костей). Преждевременная отслойка плаценты, вследствие травмы, заболевания матери (нефрит) или плаценты (сифилис) также может послужить причиной внутриутробной смерти младенца. Гидрамнион<sup>1</sup> также ведет к заболеванию плода (часто водянка) и смерти.

<sup>1</sup> Чрезмерное накопление плодных вод. См. H. Lüttger, Über habituelles Hydramnion als Ursache von habituellem Fruchttod.

Случай  
орудиями  
чаются по  
шения це  
Chargo  
падении  
упала с к  
на обоих  
грануляци  
конечности  
На ост  
вполне до  
сохранност  
ные повре  
манипуляц  
Измене  
стоящих у  
за собою  
Aude  
зрелого пл  
кровоизлия  
и тромбози  
артерит).  
склерозиро  
на отсутст  
Вассерман  
об'ясняют  
Смерть  
должитель  
Привычные  
всегда заста  
заболевани  
шейки).

<sup>1</sup> См. уч.  
рук. изд. III.  
<sup>2</sup> Zentrbl.  
<sup>3</sup> Случай  
Сб. Суд - Мед.  
<sup>4</sup> Гематом  
плода. Bull. d



Случайные внутриматочные повреждения плода тупыми орудиями вполне возможны, если вспомнить, что встречаются повреждения внутренних органов и костей без нарушения целостности наружных покровов <sup>1</sup>.

Charcot (1858 г.) описал разрыв селезенки у плода при падении матери. Одна женщина на 9 мес. беременности упала с крутой лестницы и через 16 дней умерла; у ребенка на обоих лобных буграх были маленькие ранки, покрытые грануляциями. О внутриутробном повреждении обоих верхних конечностей при падении матери сообщает Fink <sup>2</sup>.

На основании интересных опытов Кардасевича <sup>3</sup> вполне допустимы механические повреждения плода при сохранности плодного пузыря. Что возможны внутриматочные повреждения плода острыми орудиями при abortивных манипуляциях, не вызывает сомнения.

Изменения пуповины (перекручивание, образование настоящих узлов, разрывы сосудов пуповины) также влекут за собою смерть плода.

Audebert и Sores <sup>4</sup> описывают внутриутробную смерть зрелого плода мужского пола весом в 3550 гр. вследствие кровоизлияния в пуповину. Пупочная вена была расширена и тромбозирована, стенки пупочных артерий утолщены (эндартерит). Одна мелкая артерия артериальной стенки была склерозирована до полной закупорки просвета. Несмотря на отсутствие клинических, биологических (отрицательная Вассермановская реакция) и анатомических признаков, авторы объясняют этот случай сифилисом.

Смерть плода обуславливает через более или менее продолжительное время его изгнание (преждевременные роды). Привычные преждевременные роды или привычный аборт всегда заставляют предполагать сифилис, если нет местных заболеваний половых органов (напр. широких разрывов шейки).

<sup>1</sup> См. уч. суд. мед. Д. П. Косоротова. II посм. изд. и мое „Практ. рук.“ изд. III.

<sup>2</sup> Zentrbl. f. Gyn. № 8, 1926 г.

<sup>3</sup> Случай декапитации плода внутри целого зародышевого пузыря. Сб. Суд.-Мед. Эксперт. № 4, стр. 37.

<sup>4</sup> Гематома пуповины в качестве причины внутриутробной смерти плода. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. № 6, 1926.



Смерть плода вызывает некоторые (нехарактерные) субъективные расстройства беременной (тошноту, повышение температуры и др.).

Внутриутробная смерть доказывается с определенностью, если плод мацерирован или мумифицирован. Мацерированный плод издает особый запах, отличный от гнилых трупов. Верхний слой кожи приподнимается в виде пузырей, от разрывов которых остаются клочья. Под пузырями глубокий слой кожи интенсивно красного цвета или грязно-коричневого, весьма влажный. Мацерированный труп теряет свою округлую форму и прочность, становится более плоским. Кожа головы мешкообразно приподнята, благодаря наличию отежной студенистой массы (гипостатическая головная опухоль). Кости черепа раз'единены и сильно смещаются. Лицо изуродовано, в полостях трупа кровянисто-серозный выпот. Внутренние органы размягчены, грязно-коричневой окраски; в них находится отложение кристаллов холестерина и маргарина. Следует остерегаться процесс мацерации смешивать с сифилисом, на который он весьма похож по внешнему виду. Противоположностью мацерации является процесс мумификации, т. е. высыхания; мертвый плод теряет влагу, сморщивается и приобретает серовато-коричневую окраску.

Если плодный пузырь был разорван, то возможно проникновение инфекции извне. Внутриутробное разложение трупов происходит весьма быстро, вследствие благоприятных условий (влажно-теплая среда).

Если изгнание плода произошло вскоре после его смерти, и труп еще свежий, то иногда удается установить причину смерти (напр., сифилис); если плод находится в связи с последом, то на последнем или на пуповине можно иногда отметить патологические процессы (перекручивание пуповины, образование узла, перерождение последа). Иногда обнаруживаются признаки внутриматочного повреждения целых частей тела.

В некоторых случаях образование каллуса служило указанием на внутриутробное повреждение. Следует остерегаться врожденные дефекты окостенения черепа и дефекты кожи головы принимать за повреждения. Повреждения черепных костей чрезвычайно редки.

б) Смерть  
рождение са  
ребенка, и сме  
ольше, чем во  
едует упомя  
ментарного д  
жду головкой  
ны); б) пере  
щих узлов (по  
следа; д) чр  
астых и продо  
авливается пл  
жения маточны  
бращения вл  
кислородом, пе  
дражение дых  
тельные движе  
алечет за собо  
первородного  
во время асфи  
теристальтику  
вой канал асп  
Аспирированна  
тельных путей  
Если содер  
производят ми  
Исследован  
собой содерж  
кость и влагал  
среду, напр.,  
Если легки  
безвоздушным  
при этом эк  
ческой смерти  
от задушения  
жений (при э  
родился жив  
такого заключ  
См. работу  
Эксп.



## б) Смерть ребенка во время родов

Рождение само по себе представляет опасность для жизни ребенка, и смертность детей во время родов значительно больше, чем во все другие периоды жизни. Прежде всего следует упомянуть о преждевременном прекращении плацентарного дыхания, вследствие: а) прижатия пуповины между головкой младенца и входом в таз (выпадение пуповины); б) перекручивания пуповины или образования настоящих узлов (последнее редко); в) преждевременной отслойки плаценты; д) чрезмерно продолжительных родов, е) весьма частых и продолжительных схваток, в течение которых останавливается плацентарное кровообращение, вследствие сокращения маточных сосудов. Расстройство плацентарного кровообращения влечет за собою обеднение крови младенца кислородом, пересыщение углекислотой. Это вызывает раздражение дыхательного центра и преждевременные дыхательные движения еще неродившегося ребенка. Последнее влечет за собою аспирацию околоплодной жидкости, слизи, первородного кала, часто выделяющегося внутриутробно во время асфиксии (асфиксия вызывает преждевременную перистальтику кишок), и крови. При прохождении через родовый канал аспирируются кровь и влагалищное содержимое. Аспирированная масса может произвести закупорку дыхательных путей и вследствие этого асфиксию.

Если содержимое дыхательных путей не вполне ясно, то производят микроскопическое исследование.

Исследованием требуется установить, представляет ли собою содержимое дыхательных путей околоплодную жидкость и влагалищные выделения, либо какую-нибудь другую среду, напр., выгребную массу, воду, планктон<sup>1</sup> и пр.

Если легкие, желудок и кишки оказываются при вскрытии безвоздушными, легкие — гипертрофированными, или находят при этом экхимозы (пятна Тардые) и др. признаки асфиксии, то приходят к заключению о смерти младенца от задушения вследствие преждевременных дыхательных движений (при этом не исключается возможность, что ребенок родился живым, но в состоянии асфиксии). В пользу такого заключения говорит еще окрашенная желчью пуповина

<sup>1</sup> См. работу Д-ра П. В. Серебряникова в сб. № 5 „Суд.-Мед. Эксп.“.



(от примеси мекония к околоплодной жидкости) и выделение значительной части мекония из толстых кишек.

В других случаях количество аспирированной массы не столь значительно. Точное указание на происхождение содержимого дыхательных путей дает лишь микроскопическое исследование.

Для микроскопического исследования каплю содержимого дыхательных путей (трахеи, бронхов) наносят на предметное стекло, осторожно покрывают покровным стеклышком и исследуют. Если содержимое слишком густо, то его разводят в капле физиологического раствора соли; если желают яснее разглядеть клеточные ядра, рекомендуется прибавление капли разведенной уксусной кислоты (5%). Под микроскопом видно следующее: жировые капельки сыровидной смазки, безъядерные клетки эпидермиса ребенка, иногда целыми клочьями; пушок, характеризующийся отсутствием мозгового слоя; ромбовидные пластинки холестерина кристаллов с неправильно изломанными углами; эпителий легочных пузырьков; мерцательно - цилиндрический эпителий бронхов; эритроциты; плоское многослойное ядро, содержащее эпителий влагалища (содержащее гликоген); слизь; мекониевые тельца.

Для наиболее удобного доказательства аспирированной околоплодной жидкости предложены были различные способы исследования свежих и окрашенных препаратов. Н о с h h e i t исследует следующим образом кусочки, вырезанные из верхних и нижних долей легкого, фиксируются в смеси из 90 ксм. Мюллеровской жидкости и 10 ксм. 4% раствора формалина в течение 1 — 1½ суток; срезы готовят замораживающим микротомом и окрашиваются кислым гематоксилином, дифференцируются соляно - кислым алкоголем; пропускаются через воду и окрашиваются концентрированным раствором судана в 80% алкоголя в течение 10 минут, быстро опускаются подряд в два 50% раствора алкоголя, хорошо промываются водой и консервируются на предметном стеклышке посредством глицерина.<sup>1</sup>

Небольшие аспирационные массы в легких не исключают возможности, что ребенок, родившийся еще живым, вдыхал воздух, и что легкие его хотя бы частично раздуты; точно

<sup>1</sup> Микроскопическое исследование срезов легких имеет также значение для распознавания дыхания от гнилостности (Balthazard, Lebun, Knapp и др.) и при обугленных легких (см. дальше). Schönberg (1916 г.) обращает внимание, что на замороженных срезах мертворожденных плодов могут быть широкие альвеолы, которые можно ошибочно принять за воздух. Рентгеновским снимком также определяется содержание воздуха в легких (Ottolenghi, Vogt и т. д.).



так же и желудочно-кишечный канал может содержать воздух. При отсутствии др. причин смерти, приходят к заключению, что ребенок, несмотря на признаки живорожденности, умер от аспирационной асфиксии, препятствовавшей правильному газообмену. В иных случаях развивается аспирационная пневмония, являющаяся непосредственной причиной смерти.

Следует также не забывать, что ребенок после рождения при халатном оставлении его в луже околоплодной жидкости и крови может аспирировать.

Многочисленные причины преждевременного прекращения плацентарного дыхания обычно не обнаруживаются на трупе ребенка; о них судят лишь косвенно, напр., при доказательстве трудных родов, неправильного положения и пр.

Прижатие головки, при прохождении ее через тазовой канал, происходящее при нормальных родах, вызывает изменение формы ее (конфигурацию), вследствие смещения теменных костей; при этом на внутренней поверхности мягких покровов головы и в подкожной клетчатке образуются незначительные кровоизлияния над и под надкостницей, между черепными костями и твердой мозговой оболочкой, между мозговыми оболочками и в вещество мозга. Такие кровоизлияния редко достигают размеров, опасных для жизни. В более тяжелых случаях образуются разрывы венозных пазух, о которых говорилось выше. Является ли смерть причиной кровоизлияний — зависит от их локализации и размера. Кровоизлияния, напр., под наметом мозжечка, вследствие давления на продолговатый мозг, вызывают расстройство или паралич дыхательного центра. У недоносков бывают кровоизлияния в мозговые желудочки из разорванных венозных сплетений (*plexus chorioideus*).

На местах головки, подвергшихся особенному давлению, замечаются отпечатки круглой или продолговатой формы, имеющие на трупе коричневатый цвет и пергаментный характер.

После отхождения плодных вод, вследствие давления на мягкие покровы черепа образуется от пропотевания серозной жидкости из клетчатки так наз. головная опухоль (*caput succedaneum*). Она представляет собою полукруглое возвышение в теменной области, рыхлой консистенции, не резко отграниченное. Она указывает на то, что



ребенок родился головкой (в затылочном положении, если головная опухоль на теменной области) и что период изгнания продолжался некоторое время. При целом плодном пузыре головная опухоль не образуется, поэтому ее не бывает при быстрых или стремительных родах, если ребенок родится вслед за прохождением вод. От головной опухоли следует различать кровоизлияния под надкостницу (kerphalhaematoma), резко отграниченные границами отдельных черепных костей. Нарушения целостности мягких покровов

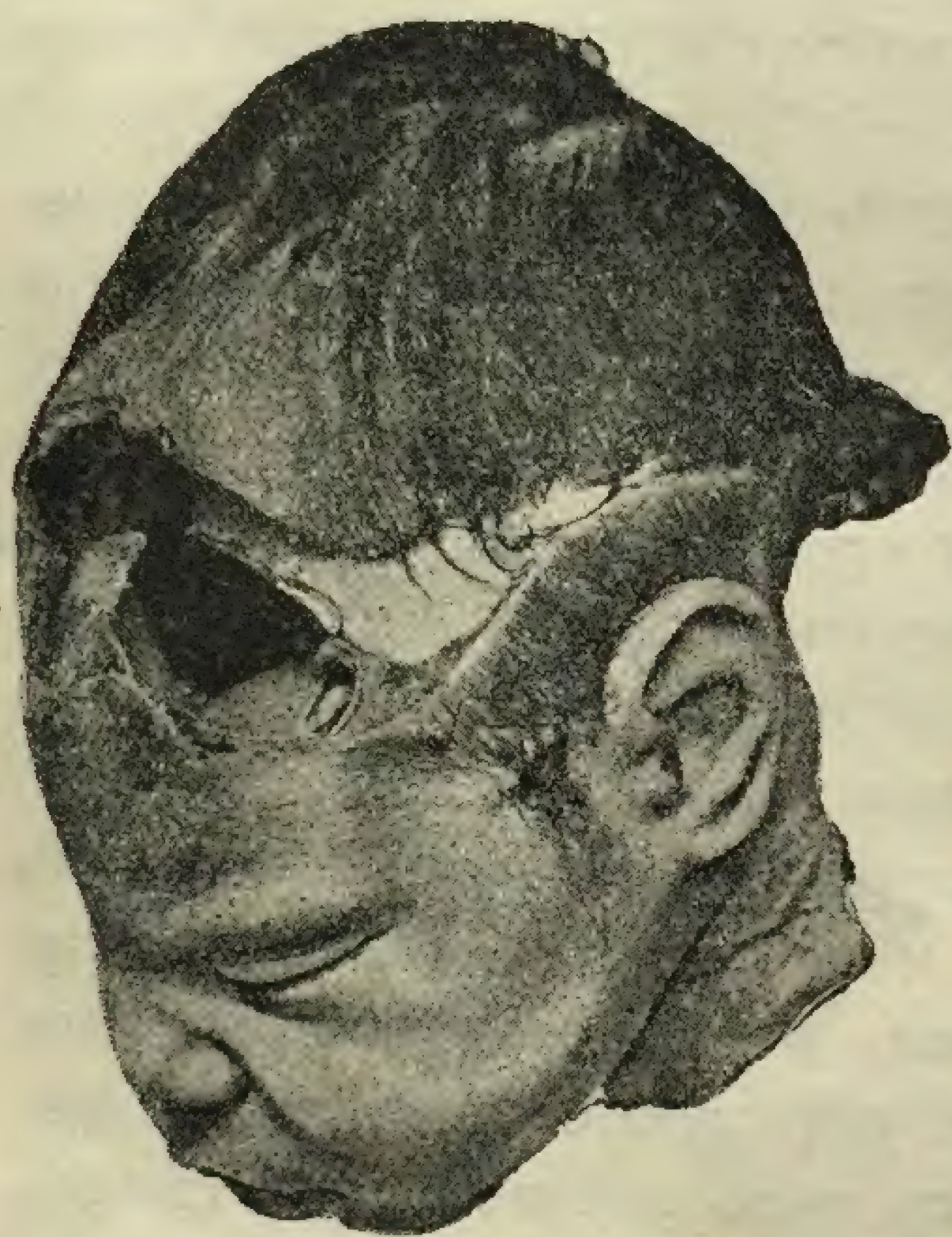


Рис. 40. Повреждение костей черепа новорожденного при трудных родах. (C. isoozu)

головки при самостоятельных родах не встречаются, но зато — в редких случаях — бывают повреждения черепных костей — трещины и переломы. Трещины находятся почти исключительно в одной или обоих теменных костях и идут лучеобразно (параллельно оссификационным лучам) от бугра теменной кости к поперечному или венечному шву. Трещина может перейти от одной теменной кости через поперечный шов на другую теменную кость. Края трещин нежно-зубчатого вида. Трещины не должны быть смешиваемы с щелевидными де-

фектами окостенения, находящимися преимущественно в затылочной кости, но нередко и на теменных и др. костях черепа. На теменных костях они всегда симметричны на обеих костях. На затылочной кости встречаются 3 дефекта: посредине один и два по бокам от  $1\frac{1}{2}$  — 2 сантиметрами длиной. Распознавание дефектов окостенения от травматических трещин основано на характерном местоположении, направлении и симметричности первых; края их более гладки и заострены; кровоизлияние отсутствует.

Кроме щелей, встречаются настоящие отверстия, вследствие дефектов окостенения, преимущественно на теменных костях, редко на затылочной кости. Отверстия затянуты

иногда чере  
чистого  
отсутствуют  
оваться н  
остей, вст  
Zinger, K.  
В резул  
образуются  
или ложко  
сопровожд  
Повреж  
кровоизлия  
довала от  
ние воздух  
мог еще по  
во время р  
поминая со  
bach'ом п  
(при затыл  
предлежан  
странгуляц  
ично - соск  
кровоизлия  
которые могу  
Разрыв  
чек) встре  
кровоизлия  
сказывают  
Bergu<sup>1</sup>. Ос  
  
<sup>1</sup> Konger  
Gyn. № 45, 1  
<sup>2</sup> H. He  
nigung durch  
<sup>3</sup> Lebeer  
Реф в Zentr  
возникшего  
новорожден  
в 3 см.; отсл  
<sup>4</sup> Fatal  
1926 г. стр  
во время  
20. Судеб



иногда чрезвычайно тонкой, почти прозрачной пластинкой лучистого строения. Кровоизлияния, само собою разумеется, отсутствуют. При тяжелых родах в этих местах могут образоваться настоящие травматические повреждения. Кроме костей, встречаются врожденные дефекты мягких покровов (Burger, K.<sup>1</sup> и др.) и некрозы<sup>2</sup>.

В результате родов (самостоятельных или щипцами) образуются от давления мыса или щипцов и желобоватые или ложкообразные отпечатки на черепных костях, часто сопровождающиеся трещинами.

Повреждения костей или значительные внутричерепные кровоизлияния заставляют предположить, что смерть последовала от повреждений головки во время родов. Содержание воздуха в легких не исключает этого, так как ребенок мог еще после родов немного дышать. Другие повреждения во время родов могут также иметь суд.-мед. значение, напоминая собою следы насилия. Таковы описанные Kaltenbach'ом поперечные полосы от растяжения на шее (при затылочном предлежании), на затылке (при лицевом предлежании) и спереди, которые не следует принимать за странгуляционные борозды; кровоизлияния в грудино-ключично-сосковой мышце, ссадины на шее с подкожными кровоизлияниями от давления костей родового канала, которые могут быть приняты за попытки удушения.

Разрывы внутренних органов (печени, селезенки или почек) встречаются и при самостоятельных родах, также кровоизлияния в надпочечники. Эти повреждения иногда сказываются лишь по истечении некоторого времени Raisch<sup>3</sup>, Berry<sup>4</sup>. Особого внимания заслуживают повреждения, при-

<sup>1</sup> Kongenitale Defekte in der Kopfhaut des Neugeborenen. Zentrbl. f. Gyn. № 45, 1925 г.

<sup>2</sup> H. Heidler, Hautnekrose am Neugeborenen Schädel infolge Umschnürung durch den narbig veränderten Muttermund. Wien. Kl. Woch. 1925, № 44.

<sup>3</sup> Lebererupturen bei einem Neugeborenen nach einer Spontangeburt. Ref. в Zentrbl. f. Gyn. № 48, 1925 г.: На 4-й день жизни, вследствие возникшего подозрения на заворот кишок, производится чревосечение новорожденного. На нижнем крае печени справа длинный разрыв в 3 см.; отслойка печеночной капсулы на большом протяжении. Смерть.

<sup>4</sup> Fatal hemorrhage from liver in Infant five days old. Brit. med. Journ. 1926 г. стр. 826: Поврежд. перед. поверх. печени, происш., вероятно, во время родов, хотя последние были нормальны и легки.



чиняемые при самопомощи одиноко родящей: ссадины и кровоподтеки в области рта и ноздрей, на шее, с полулунными вдавлениями ногтей, которые неоднократно смешивали с попытками удушения, и разрывы мягких частей. Della Volta, Amedeo<sup>1</sup> описывает следующий случай.

21-летняя первородящая почувствовала неожиданно в кровати схватки и с силою вытащила, по ее словам, застрявшего младенца. Так как он показался ей мертвым, она бросила его в ведро вместе с одновременно родившимся последом. У вполне доношенного ребенка оказались: разрыв правого угла рта на протяжении 11 см. вплоть до угла нижней челюсти, с переломом последней. Разрыв задней стенки глотки, корня языка, язычной артерии, правосторонней наружной яремной вены, правост. голосовой связки и многочисленные подплевральные экхимозы. Причина смерти комбинированная: кровотечение и удушение пальцем, введенным в глотку. Эти повреждения автор на основании опытов над трупами младенцев считает результатом самопомощи роженицы и отвергает в данном случае умышленное детоубийство.

Напротив, значительные повреждения черепных костей при самопомощи невероятны.

Нередко встречаются несмертельные повреждения отдельных частей тела. Общеизвестны параличи верхней конечности (паралич Эрба), переломы ключицы, бедра и проч. Из более редких описаны повреждения уха (Berggren), грудобрюшного нерва. (Friedmann и Chamberlain)<sup>2</sup>, глаз (Heekers L.)<sup>3</sup>.

#### в) Смерть ребенка после родов

Патологические процессы внутриутробной жизни могут продолжаться и усиливаться после рождения и закончиться смертью. Уродство развития и недоразвитие также могут вызвать в короткое время смерть вследствие нежизнеспособности.

Последняя обуславливается: а) незрелостью плода и б) недостатком или неправильностью развития необходимых для жизни органов.

В моей практике в одном случае всеобщей водянки на вскрытии обнаружено сильное сужение мочеточника с гидро-

<sup>1</sup> Реф. D. Z. F. d. g. ger. Med., т. 8, кн. 5.

<sup>2</sup> Journ. of the amer. med. assoc., кн. 13. 1926 г., т. 86. Односторонний паралич грудобрюшн. преграды (парадоксальный тип движения ее), легк. расстр. дыхания, продолжавшееся три месяца.

<sup>3</sup> Avulsion complète d'un oeil chez un nouveau-né au cours d'un accouchement dystocique. Ann. de la soc. méd. chir. de Liège. 1925, стр. 91.

Нежизн  
вызваны  
беременнос  
ратуре пос  
логический  
лучей на по  
менения их  
комые с эт  
дательной  
искусствен  
что плоды,  
подвергнут  
и даже до  
вообще та  
вейшей ли  
Так, Де  
мальчика, м  
подвергнут  
миомы. Но  
половые о  
фарон, нис  
различимы  
Martius  
опытах на  
1 Mon. f.  
2 Geschäc  
f. Gyn. № 1,  
3 Actions  
véloppement  
20\*



нефрозом. В другом случае было отсутствие задне-проходного отверстия, незамеченное в течение двух суток в детском отделении родильного дома. На 3-и сутки при непрерывной рвоте и тяжелом состоянии младенца мне пришлось произвести операцию и вшить вскрытый слепой конец прямой кишки в искусственное заднепроходное отверстие. Ребенок сразу оправился, но через несколько дней умер после воспаления легких. На вскрытии обнаружены другие мелкие уродства.

#### г) Рентгеновские лучи

Нежизнеспособность или недоразвитие плода могут быть вызваны применением рентгеновского лечения во время беременности женщины или еще до беременности. В литературе последних лет имеется указание на подобный патологический эффект лучей. Вредное действие рентгеновских лучей на половые железы известно уже с самого момента применения их в медицине. Первые рентгенологи, еще незнакомые с этим действием лучей, поплатились своей производительной способностью. Рентгенизация применяется для искусственной стерилизации. А priori можно предположить, что плоды, родившиеся из оплодотворенных женских яиц, подвергнутых действию рентгеновских лучей еще во время и даже до их созревания, могут быть недоразвитыми, если вообще такие яйца созревают и оплодотворяются. В новейшей литературе имеются подобные сообщения.

Так, Дейч, Е.<sup>1</sup> описывает родившегося на 10-м месяце мальчика, мать которого на 3-ем месяце беременности была подвергнута лечению рентгеновскими лучами по поводу миомы. Новорожденный был 40 см. длиною и весил 1050 гр.; половые органы недоразвиты, микрофтальмус, микроблефарон, нистагм, недостаток пигмента на дне глаза, хорошо различимые сосуды сосудистой оболочки.

Martius и Franken<sup>2</sup>, Nobele и Lams<sup>3</sup> сообщают о своих опытах над животными. Результаты опытов над белыми

<sup>1</sup> Mon. f. Kinderheilk. кн. 3-4. 1926 г., т. 31.

<sup>2</sup> Geschädigte Nachkommen bei Keimbestrahtlen. Müttertieren. Zentrbl. f. Gyn. № 1, 1920 г.

<sup>3</sup> Actions des rayons Roentgen sur l'évolution de la grossesse et le développement du foetus. Journ. belge de radiol., кн. 2, т. 14, 1925 г.



мышами первых двух авторов сводятся к следующему: после воздействия рентгеновских лучей на заднюю часть тела до оплодотворения число детенышей уменьшилось более, чем вдвое; смертность детенышей увеличилась; отмечалась остановка роста. В течение 9 месяцев самки оставались бесплодными, а контрольные животные уже оплодотворялись, Nobele и Lams производили опыты над 50 беременными морскими свинками и крысами. В большинстве случаев беременность прерывалась со смертью плодов. Действие более глубоких лучей резче. Если плоды не умирали в начале беременности, то дальнейшее развитие их протекало ненормально и вызывало уродство. В самом начале беременности рентгеновские лучи вели к рассасыванию плодов.

Впрочем, многими рентгенологами и гинекологами вредное действие лучей Рентгена, правильно дозированных, отрицается. Вопрос пока еще спорный.

#### д) Стремительные роды

Течение родов либо период изгнания может протекать настолько быстро, что ребенок рождается совершенно неожиданно (выпадает). Стремительным родам благоприятствуют широкий таз, широкие и легко растяжимые мягкие покровы родового канала, малые размеры младенца, бурные схватки и особая нечувствительность женщины. Женщина может родить в любом положении и месте — стоя, в уборной, в поезде, на извозчике и проч. Часто такие роды происходят в уборной, вследствие того, что беременные принимают давление головки младенца на прямую кишку за позыв на низ. Бывали и описаны стремительные роды в уборных поезда, причем живых младенцев находили на железнодорожном полотне (Della Volta, A. Fog, Sshüler)<sup>1</sup>. Но бывает, что беременная умышленно родит в уборной с тем, чтобы ребенок попал в выгребную яму.

<sup>1</sup> I. Fog. Роды в уборных поезда в пути. D. Z. f. d. g. g. Med. 1924. т. 4 кн. 8. Описывается 4 случая. Из 4-х детей двое не понесли повреждений; средняя скорость поезда—45 клм. в час.—Schüler. Роды в уборных поезда в пути. D. Z. f. d. g. g. Med. 1925, т. 5, кн. 4. 2 сл. Смерть первого ребенка от разможжения головы; будучи поднят, он еще дышал. Другой ребенок поднят живым. 18-летняя девица; первая беременная, ожидала родов в январе; 20-го декабря поехала погостить

Причины  
топление в  
других орг  
легких); ос  
голода и с  
высоты и на  
преимущест  
обычно от  
довидного  
переходят о  
ломах кость

к матери. Хо  
вестна. Появи  
беременная  
далеко от ст  
сойти с судна  
следующей с  
чившемся. Он  
а ребенка в с  
Так как на эт  
были доехать  
снова упал в  
лезной дорож  
живым и нев  
ком на лице.  
в поезде и  
т. 46, кн. 1, 19  
новорожденн  
подтеки. В 4  
ная юбка. Ма  
см. от пупка.  
люсти; почти  
в брюшной  
в каком-нибу  
Еще на студе  
демонстриров  
беременная  
ствуя позывн  
проскочил че  
оборвалась.  
нес кричаще  
часа 2 после  
Chavi



Причины смерти при стремительных родах различны: утопление в выгребной яме<sup>1</sup>, повреждение черепных костей и других органов; последовательные осложнения (воспаление легких); оставление в беспомощном состоянии (действие холода и отсутствие пищи). При падении с достаточной высоты и на твердые предметы образуются переломы костей, преимущественно в одной или обеих теменных, идущие обычно от стреловидного шва либо от венечного или ламбдовидного в направлении к теменному бугру; иногда они переходят от одной теменной кости на другую (см. о переломах костей черепа во время родов).

к матери. Хозяевам (служила прислугой) беременность не была известна. Появившиеся еще накануне боли усилились в дороге, так что беременная решила вылезть из поезда на ближайшей станции. Недалеко от станции она пошла в уборную, но не в состоянии была сойти с судна, так как ребенок наполовину родился. Она доехала до следующей станции, где начальник станции был уведомлен о случившемся. Он нашел женщину в уборной, прислонившуюся к стене, а ребенка в судне. Последнего извлекли и положили на край судна. Так как на этой станции не было акушерки, то мать с ребенком должны были доехать до следующей остановки. При отъезде поезда, ребенок снова упал в воронку и проскочил через отверстие на полотно железной дороги. Поезд немедленно был остановлен, ребенок доставлен живым и невредимым, с большой головной опухолью и кровоподтеком на лице. Дальнейшая его судьба неизвестна.— D. Volta, A. Роды в поезде и детоубийство. Arch. di antrop. crim., psich. e med. leg. т. 46, кн. 1, 1926. Возле полотна железной дороги найден труп зрелой новорожденной девочки, на правой стороне туловища ссадина и крово-подтеки. В 4 клм. дальше найден послед, в одном клм. — окровавлен-ная юбка. Мать не обнаружена. Пуповина оторвана на расстоянии 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см. от пупка. Перелом правой теменной кости и правой нижней че-люсти; почти полное расправление легких; сильное кровоизлияние в брюшной полости от разрыва печени. Ребенок, вероятно, родился в каком-нибудь купе вагона или в уборной поезда и затем выброшен. Еще на студенческой скамье в Берлине я видел младенца, которого демонстрировал покойный Бумм на утренней лекции. Многорожавшая беременная в начале родовой деятельности очутилась в поезде. Чув-ствуя позывна низ, она села на судно и тут же родила. Младенец проскочил через отверстие уборной на полотно жел. дороги. Пуповина оборвалась. На крик родильницы поезд остановили, и кондуктор при-нес кричащего неповрежденного младенца. Нам его показывали спустя часа 2 после его столь счастливого появления на свет.

<sup>1</sup> Chavigny, Неожиданные роды. Ann. de med. lég. № 10, 1926.



В редких случаях находят трещины в теменной, затылочной или височных частях. При падении с большой высоты, при многократном ударе головкой, могут произойти весьма обширные разрушения с разрывами мозговых оболочек, выхождением мозгового вещества, нарушением целостности мягких покровов от сложных переломов костей и проч.

Для решения вопроса, является ли смерть результатом стремительных родов, необходимо, кроме трупа младенца, исследовать мать (наличие больших разрывов промежности) с подробным расспросом ее и окружающих о течении родов. При стремительных родах с падением ребенка, пуповина отрывается, либо послед рождается вместе с ребенком; в редких случаях пуповина может быть вырвана из пупка.

По свойству краев остатка пуповины можно узнать, оторвана она или отрезана. На отрезанной пуповине все части отсечены в одной плоскости, хотя бы косо. Оболочка оторванной пуповины, принадлежащая водной оболочке (amnion), имеет лоскутообразные, неровные края, с продольными надрывами; сосуды пуповины бывают оторваны на разной высоте.

Отсутствие головной опухоли (при головном предлежании) может служить подтверждением быстрых или стремительных родов. Но головная опухоль образуется только на живом младенце; если последний умер до родов, то таковой вообще не будет, независимо от характера родов.

Отсутствие воздуха в легких и желудочно-кишечном канале говорит в пользу стремительных родов — независимо от того, последовала ли смерть от утопления или повреждения головы. Если ребенок при родах не попадает самостоятельно в жидкость, а лишь после туда бросается, то воздух успеет вступить в легкие и желудок. Напротив, содержание воздуха не противоречит возможности стремительных родов, ибо и при тяжких, смертельных повреждениях головки возможны еще вдохи. Краттер считает, что в каждом случае стремительных родов у матери должен быть разрыв промежности; напротив, Haberdar видел разрыв промежности лишь 2 раза из 25, а Strassmann 3 раза из 22 случаев стремительных родов. Фрич также считал наличие разрыва промежности необязательным.

Необходимо  
произошли  
получно для  
судна, необх  
отверстия с  
Через об  
или судно, и  
(с легко отк  
проскользну  
разной отво  
При наси  
на коже гол  
Против с  
мекония или  
метах, к кото  
стремительн  
Следует  
эмболию  
два пути: ле  
давление, н  
оживлении  
проникнове  
пуповину во  
(Lindblom)<sup>1</sup>.  
Истече  
возможно, н  
пупочных ар  
и поперечн  
эластических  
тела. С нача  
кровеное да  
пуповины в  
артерий с з  
обстоятельств  
и редкость с  
само собой  
ибо она опо  
<sup>1</sup> Virch. Arch.  
Я. Лейбови



Необходимо, конечно, тщательно осмотреть место, где произошли стремительные роды, окончившиеся неблагополучно для младенца. Если последний попал в отверстие судна, необходимо последнее осмотреть, сравнить размеры отверстия с размерами головки и плечиков младенца.

Через обыкновенное деревянное судно деревенского типа или судно, имеющееся, обычно, в железнодорожных вагонах (с легко открывающимся клапаном) младенец легко может проскользнуть; гораздо сложнее дело обстоит с сифонообразной отводной трубой городских уборных.

При насильственном проталкивании через отверстие судна на коже головки или на туловище могут остаться следы.

Против стремительных родов говорит нахождение пятен мекония или сыворотной смазки на постели или др. предметах, к которым ребенок не мог прикасаться, если произошли стремительные роды.

Следует указать редко встречающуюся воздушную эмболию у новорожденного. Для развития ее служат два пути: легкие и пуповина. Повышенное внутрилегочное давление, напр., при искусственном введении воздуха или оживлении по Шультце, может повести к разрыву вен и проникновению воздуха. Развитие воздушной эмболии через пуповину встречается при косом разрыве пупочной вены (Lindblom)<sup>1</sup>.

Истечение кровью из сосудов неперевязанной пуповины возможно, но встречается редко, вследствие сокращения пупочных артерий. Стенки последних состоят из продольной и поперечных мышц и незначительного количества эластических волокон, в противоположность другим артериям тела. С началом действия легочного круга кровообращения кровяное давление в пупочных артериях падает. Отрыв пуповины влечет за собою частичную закупорку просвета артерий с заворачиванием внутренней оболочки. Все эти обстоятельства объясняют быструю остановку кровотечения и редкость случаев истечения кровью. Из пупочной же вены, само собой разумеется, не может происходить кровотечения, ибо она опорожняется при первом вдохе младенца в правое

<sup>1</sup> Virch. Arch. f. pathol. Anat. u. Phys. 1924 г., кн. 1, т. 252.—См. также Я. Лейбович, Med. Klinik, № 4, 1925 г., и „Врачебное дело“ за 1924 г.



предсердие. Поэтому с диагнозом смерти от истечения кровью нужно быть осторожным.

Потеря крови в 200 гр. может быть губительной<sup>1</sup>.

Характерные явления на трупе: 1) бледность покровов и внутренних органов, 2) наличие лужи крови, принадлежащей ребенку. Последняя может быть определена по способу изогемоагглютинации, если группа крови матери другая.



Рис. 41. Обглаживание трупа младенца крысами.

Наконец, ребенок может после родов случайно попасть лицом в лужу околоплодной жидкости или крови, аспирировать и задушиться. Задущение кровью, затекающей в дыхательные пути при повреждениях лица или полости рта, также встречалось. В одном недавно нашумевшем процессе повреждения были причинены крысами. Но гораздо чаще такие повреждения (обглаживания) происходят на трупах младенцев. (рис. 41)

#### Д. УМЫШЛЕННОЕ ДЕТОУБИЙСТВО

Наиболее частыми способами умышленного детоубийства являются травматические повреждения головки и задущение. Остальные способы играют второстепенную роль, что подтверждается данными, основанными на отчетах суд.-мед. экспертов.

<sup>1</sup> На истечение кровью, встречающееся иногда при довольно загадочных обстоятельствах, указывает случай, описанный недавно Francis и Slack'ом (Brit. med. journ. № 3411, 1926). Девочка умирает вскоре после рождения при наличии кровотечения из маленькой ранки на пупочном кольце. Вскрытие обнаружило кровоизлияние в брюшную полость. Мать родила раньше 6 мертворожденных детей. Один ребенок умер в грудном возрасте, один ребенок — жив. Авторы считают причиной кровотечения гемофилию (а не сифилис?). Автор.



Детоубийства по РСФСР<sup>1</sup>

С п о с о б ы	1924 г.	1925 г.
Травматич. поврежд. . . . .	77	136
Асфиксия . . . . .	394	472
Отравления :		
неорг. ядами . . . . .	12	24
орган. „ . . . .	5	23
Действ. высокой темп. и едких веществ . . . . .	—	19
Оставление в беспомощном состоянии :		
Оставл. без надлеж. попечения . . . . .	150	293
Действ. низкой темп. . . . .	31	49
Лишение пищи . . . . .	28	15

## а) Травматические повреждения

Среди травматических, на первом месте стоят повреждения головки, наносимые тупыми или тупогранными предметами. При этом мать, в целях достижения верного результата, причиняет гораздо большие разрушения, чем необходимы для смерти новорожденного. Находят обширные раздробления черепных костей, разрывы мозговых оболочек с разможжением мозга, часто с нарушением целостности мягких покровов. Решение вопроса при наличии таких повреждений просто: следует исключить лишь падение с большой высоты и возможность посмертных трещин и переломов, напр., при бросании трупов младенцев в отхожие места, через забор и проч. и замерзание. Труднее обстоит дело при менее значительных повреждениях, хотя последние совершенно различаются от родовых. Другого рода травматические повреждения (острыми и колющими орудиями) редки. У Brocardel'я описаны случаи убийства новорожденных посредством вкалывания булавки в родничек.

<sup>1</sup> За 1925 г. представлены более полные сведения, чем за 1924 г. См. Сб. „Суд. - Мед. Эксп.“. №№ 4 и 5.



## б) Задущение

Задущение новорожденных является самым частым способом детоубийства и производится преимущественно руками,<sup>1</sup> причем на шее часто остаются следы ногтей в виде тонких изогнутых ссадин (полунной формы). На левой половине шеи, соответственно четырем пальцам, имеется несколько повреждений, а на правой, соответственно на жиму большого пальца, преступницы, — одна ссадина. Так как шея ребенка узка то удушющая рука оставляет следы и на затылке младенца. Кроме того, имеются распространенные кровоподтеки в подкожной клетчатке, в ткани щитовидной железы, в шейных

<sup>1</sup> Среди 67 сл. детоубийств д-р П. Алявдин нашел 49 сл. задущения. Способы видны из сл. сопоставления:

Задущение руками . . . . .	17	случаев
Задущение неизвестно каким способом . . . . .	4	"
Асфиксия, не оставившая наружных следов повреждения . . . . .	5	"
Задущение грудью матери . . . . .	3	"
Задущение путем завертывания в тряпки . . . . .	4	"
Задущение путем напихивания тряпок в нос и рот ребенка (тряпочки после смерти удалены) . . . . .	1	"
Задущение подушкой . . . . .	1	"
Задущение путем завертывания в юбку . . . . .	1	"
Удавление веревкой . . . . .	1	"
Удавление пуповиной . . . . .	1	"
Закапывание в землю . . . . .	5	"
Насыпание земли и камней над ребенком . . . . .	1	"
Утопление в речке . . . . .	2	"
Утопление в яме уборной . . . . .	2	"
Утопление в лохани с водой (над лоханью происходили и роды) . . . . .	1	"

Всего асфиктической смерти было 49 случаев

Другие способы детоубийства:

Смерть от замерзания . . . . .	8	случаев
Смерть от действия тупым предметом (разбита голова, 5 случ., растоптан ногами 1 случ.) . . . . .	6	"
(Острым предметом отрублена голова 1 случ., рана шеи — 1 случ.) . . . . .	2	"
Брошен в муравьиную кучу . . . . .	1	"
Удушение руками и разбита голова . . . . .	1	"

Всего . . . . . 68 случаев.

Из доклада на Псковском Съезде суд. мед. экспертов в апреле 1927 г



мышцах, в стенках сосудов и голосовых связках. Повреждение хрящей новорожденного, вследствие большой эластичности, встречаются редко. Следы задушения на шее следует чрезвычайно внимательно осмотреть и, по возможности, срисовать или сфотографировать. Их не следует смешивать со следами самопомощи рожениц. (Рис. 42 и 43).

Задушение посредством наложения петли (удавление) из мягкой материи или веревки оставляет после себя характерную странгуляционную борозду. Если петля мягка и тонка, то она может вызвать подозрение в самопроизвольном обвитии пуповиной (последняя также может оставить после себя борозду). Для распознавания



Рис. 42. Задушение новорожденного рукою (из Littlejohn'a). Характерные полулунные ссадины на шее.



Рис. 43. Задушение новорожденного рукою (из Littlejohn'a) Тот же случай, что и на рис. 42. Вид сзади.

обусловливает полную или почти полную безвоздушность легких и желудочно-кишечного канала, в то время, как умышленное удавление производится после того, как младенец немного дышал. У очень тучных младенцев бывает естественная борозда на шее между складками кожи, которую не следует смешивать со странгуляционной.

Мне пришлось однажды видеть младенца - подкидыша принесенного милиционером в родильный дом во время моего дежурства. Он еще слабо дышал. На шее у него была довольно туго затянутая петля из тонкой веревки, незаме-



ченая ни в милиции, ни в родильном доме. После удаления петли ребенок еще жил более суток <sup>1</sup>.

Удавление пальцами или другими предметами, введенными в рот, распознается иногда на основании остатков введенного предмета при повреждении полости рта и глотки.

Недавно в одной московской газете сообщалось о том, как одна мать в родильном доме производила попытки удушения своего новорожденного при помощи закрытия дыхательных отверстий рта. Сестра после каждого кормления уносила ребенка в детскую синюшным, пока, наконец, не проследила преступные манипуляции матери. Ребенок умер вскоре от воспаления легких.

Утопление новорожденного в выгребных ямах, канализационных трубах и ведрах с жидкостями также известны судебной практике. Возможно, конечно, посмертное попадание туда младенцев, умерших естественной или насильственной смертью.

Если дыхательные пути вплоть до мельчайших разветвлений равномерно наполнены жидкой или полужидкой массой, в которой найден младенец, то скорее следует заключить о попадании туда младенца при жизни и утоплении.

Нахождение окружающей массы в желудке не доказательно, ибо она может проникнуть посмертно.

<sup>1</sup> Привожу для характеристики обстановки, в которой совершаются детоубийства, сл. случаи из доклада д-ра П. Алявдина:

1. Девушка, 18-ти лет, тотчас после родов пригласила свою знакомую женщину 32-х лет и та задушила ребенка тут же, на глазах матери, крепко прижав его к груди.

2. Мать таким же способом задушила ребенка своей дочери в присутствии последней (на другой день после родов).

3. Дочь, девушка 18 лет, присутствовала при родах своей матери. Как только повитуха приняла ребенка, она тотчас вырвала его из рук повитухи и крепко прижала к груди. А когда повитуха повела родильницу из бани, где происходили роды, в дом, то дочь положила ребенка в ведро с водой.

4. Вдова, 42-х лет тотчас после родов передала ребенка отцу последнего, женатому, 55-ти лет. Отец отнес ребенка в лес и положил в муравьиную кучу.

5. Девушка 18-ти лет, родила в подполье в присутствии матери. Отец ребенка — отчим этой девушки (т. е. второй муж матери). Мать передала ребенка вместе с тряпкой своему мужу, который и задушил ребенка, засунув тряпку ему в рот, а потом зарыл в землю.

Среди  
посредств  
В лите

в целях со  
релого тр  
в огонь и  
хательных  
пожара д

При на  
вопрос о пр  
кошке. Во  
следования  
Гаверсовых  
и сравнени  
трупов дете  
вые, однак  
нее — реак  
выполнима

Отрав  
собов, что в  
мед. эксперти

Отрав

Отрав

Оставлен  
Ст. 158 Уг.  
шегося в спас  
иного вспомош  
хранения по мал



Среди имеющихся у нас данных имеются детоубийства посредством сжигания и обваривания, а также отравления.

В литературе известны случаи посмертного сжигания, в целях сокрытия факта детоубийства. При нахождении обгорелого трупа ребенка встает вопрос, попал ли он живым в огонь или сгорел труп. Нахождение копоти или золы в дыхательных путях указывает на то, что ребенок во время пожара дышал.

При нахождении обгорелых костей может возникнуть вопрос о принадлежности их ребенку или животному, напр., кошке. Вопрос решается посредством гистологического исследования (с описанием числа и расположения так называемых Гаверсовых канальцев, различных у человека и животных, и сравнением с контрольными срезами костей от заведомых трупов детей и животных) и рентгеновского снимка, каковые, однако, не всегда дают определенный ответ. Надежнее — реакция преципитации по Уленгуту, если она еще выполнима (наличие неразрушенного белка).

### в) Отравления

Отравления редки, значительно реже других способов, что видно из имеющихся у нас данных (отчетов суд.-мед. экспертов):

	1924 г.	1925 г.
Отравления неорганич. ядами:		
мышьяком . . . . .	7	4
кислотами . . . . .	2	8
ртутью (сулемой) . . . . .	1	2
щелочами . . . . .	1	—
др. неорг. ядами . . . . .	1	3
Отравления органич. ядами:		
по 1 или неск. случаев: циан. калием, кислотами (укс. эссенцией), морфием, спиртом, атропином, стрихнином, окисью углерода (угарным газом) . . . . .	—	—

Оставление младенца в беспомощном состоянии.

Ст. 158 Уг. Код. УССР. Оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни положении и лишенного возможности иного беспомощного состояния, если оставивший без помощи самосохранился по малолетству, дряхлости, болезни или вследствие иного бес-



помощного состояния, если оставивший без помощи обязан был иметь заботу об оставленном и имел возможность оказать помощь — лишение свободы на срок до одного года или принудительные работы на срок до шести месяцев.

Ст. 156 Уг. К. РСФСР. Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни состоянии, лишенного возможности принять меры самосохранения по малолетству, дряхлости, болезни, или вообще, вследствие своей беспомощности, в случаях, если оставивший без помощи обязан был иметь заботу об оставленном и имел возможность оказать помощь,

принудительные работы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей.

Установление причины и рода смерти при оставлении младенца в беспомощном состоянии часто чрезвычайно затруднительно. Дело касается либо смерти от низкой температуры, либо от случайного удушения, вследствие закупорки дыхательных путей, либо от лишения пищи и необходимой влаги (питья), либо, наконец, от возможного истечения кровью. Смерть подкидышей зависит или от одной, или комбинированного действия нескольких причин.

Уже небольшое понижение внешней температуры бывает достаточно для смерти младенцев, чрезвычайно чувствительных к потере тепла. Точно так же новорожденный плохо переносит лишение необходимой жидкости. Об истечении кровью из пуповины говорилось выше.

Вопрос живорожденности, как мы уже видели, разрешается на основании исследования легких и желудочно-кишечного канала. Если имеется только одна голова новорожденного, то для выяснения этого вопроса можно с некоторой долей вероятности применить ушную пробу Вендт Вредена (Wendt - Wreden), несмотря на то, что достоверность ее многими авторами оспаривается.

Вреден обнаружил, что слизистая ткань, выполняющая барабанную полость плода, в первые часы после рождения атрофируется, образуя просвет в полости. Вендт же нашел, что этот процесс наступает тотчас после первых сильных дыхательных движений, вследствие вытеснения слизи воздухом, проникающим в барабанную полость через Евстахиеву трубу.

Я упомянул эту пробу вскользь потому, что недавно один следователь в провинции прислал участковому врачу головку, повидимому, новорожденного младенца с просьбой ответить, родился ли младенец живым. Участковый врач возвратил головку следователю, порекомендовав отправить ее к губернскому суд.-мед. химику для химического исследования. Судебный химик был крайне озадачен и возвратил головку в Губздравотдел.

XI. ЭКС

Ст. 161 У  
возможность, У  
содержание  
— ли  
шести месяц  
Оставлен  
жки, а равн  
ством,—

— те  
Ст. 158  
возможност  
содержание  
лише  
сот р  
Оставл  
а равно по  
— те

Защи  
требуется  
дети, ро  
брака, с  
сутствии  
„отцовс  
териали  
в суд.

показа  
истице  
Каждо  
детей  
телей  
не и  
наход  
мене  
В



## XI. ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ ОТЦОВСТВА

Ст. 161 Уг. Код. СССР Злостное, несмотря не имеющуюся к тому возможность, уклонение от платежа присужденных судом средств на содержание детей

— лишение свободы или принудительные работы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей.

Оставление родителями малолетних детей без необходимой поддержки, а равно эксплуатация детей путем понуждения к занятию нищенством,—

— те же меры социальной защиты.

Ст. 158 Уг. К. РСФСР: Злостное, несмотря на имеющуюся к тому возможность, уклонение от платежа присужденных судом средств на содержание детей,—

лишение свободы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей.

Оставление родителями малолетних детей без всякой поддержки, а равно понуждение детей к занятию нищенством,—

— те же меры социальной защиты.

Защита, оказываемая нашим законодательством ребенку, требует от отца уплаты на его содержание причем, как известно дети, родившиеся в зарегистрированном браке и вне такого брака, совершенно уравниены в правах. Но так как при отсутствии регистрации, названный отец часто отрицает свое „отцовство“, т. е. отказывается от возлагаемых на него материальных обязательств, то матери приходится обращаться в суд. Судье же приходится косвенно, путем свидетельских показаний, выяснять взаимоотношения между ответчиком и истицей и происхождение ребенка от данного мужчины. Каждому понятно насколько скользки и неуверенны свидетельские показания в таком деле, где не бывает свидетелей. Помимо того, зачатие именно от данного мужчины не идентично с половой связью, ибо женщина может находиться в постоянной связи с одним лицом, а забеременеть от случайного полового сношения с другим.

Вполне естественно, что судья, стремясь разрешить вопрос о принадлежности ребенка данному отцу и не имеющий достоверных доказательств, нередко обращается к помощи



врача. Такое обращение, как правильно отмечает Н. Л. Поляков<sup>1</sup>, застало врачей врасплох, совершенно неподготовленными, ибо законы наследственной передачи определенных телесных признаков еще очень мало изучены. В деятельности врача-практика или врача-эксперта в прошлом крайне редки были подобные прецеденты, когда от него требовались специальные знания генетики. Не было надобности — так не было и импульса к их развитию и изучению. Впервые наше законодательство стало чуть ли не с первых дней революции на столь твердую защиту ребенка, каковая неизвестна в Западной Европе, где еще властвует деление детей на „законнорожденных“ и „незаконнорожденных“.

Правда, экспертиза кровного родства могла встретиться и действительно встречалась и раньше в делах уголовных, но такие случаи были крайне редки. Могло случиться, что женщина или мужчина обвинялись в краже или подмене детей или что пропавшие дети спустя некоторое время отыскивались путем „экспертизы“. Установлению личности неизвестных трупов также помогала иногда экспертиза кровного родства.

Ст. 157 Уг.К. РСФСР. Похищение, сокрытие или подмен чужого ребенка с корыстной целью, из мести или иных личных видов —  
— лишение свободы на срок до пяти лет.

Остановим наше внимание на тех путях, которыми пошли наши судебные медики, вынужденные давать заключения.

В свое время мы подробно останавливались на определении продолжительности беременности. Оно возникает всякий раз, когда отрицается отцовство в виду продолжительного отсутствия мужа.

Сейчас остановимся на попытках использования в целях установления кровного родства других методов, из которых некоторыми уже широко пользуются в розыскной или клинической практике: 1) о словесном портрете, 2) дактилоскопии, 3) реакции - агглютинации и 4) исследовании половой способности.

<sup>1</sup> „Значение антропологических признаков при определении сходства или несходства“ (Экспертиза „отцовства“ Труды II Съезда суд.-мед. эксп., стр. 82).



## 1. СЛОВЕСНЫЙ ПОРТРЕТ

При разрешении вопросов родства, в частности между отцом и ребенком, врачи стали прибегать к общенаружной оценке сходства и давать заключения, довольно примитивные. Вспомнили древнее Гиппократовское изречение, что „подобное стремится произвести себе подобное“, хорошо известное в общежитийском обиходе (Поляков).

Некоторые эксперты, принужденные более часто производить экспертизу, воспользовались словесным портретом, которым пользуются в уголовно-розыскной практике в целях опознавания и регистрации преступников.

При составлении словесного портрета делаются отметки, полученные путем измерения роста, спины, головы и проч. Затем подробно описываются отдельные части лица, с указанием их свойств и особенностей, как лоб, нос и его части, ухо со всеми неровностями ушной раковины, рот и губы, подбородок; большое внимание уделяется глазам и окружающим их частям, как брови, веки; обращается внимание на особенность зрачков и цвет радужной оболочки; затем следует описание головы, овала рофиля, общей конфигурации лица спереди: отмечают асимметрию, морщины, волосы, окраска кожи, описываются шея, плечи, осанка, выговор, манеры, взгляд, мимика и особые приметы. Затем лицо фотографируется при уменьшении в 7 раз, фотография наклеивается на карточку словесного портрета; туда же заносятся данные дактилоскопического исследования.

Этими данными словесного портрета старались воспользоваться для определения близкого родства. Производили подсчет схожих и несхожих признаков матери, ребенка и названного отца и выводили процентное отношение.

Однако, подобное шаблонное сопоставление антропологических признаков, число которых постепенно увеличилось до 100 и больше, оказалось неудачным, ибо совершенно чужие лица часто давали большой % общих признаков (Поляков). Это обстоятельство заставило пересмотреть весь этот способ, из'ять из словесного портрета для экспертизы „отцовства“ случайные и изменяющиеся признаки, обратив

<sup>1</sup> См. „Словесный портрет“ Рейса в пер. Прохорова, Москва, издание 1911 г.



внимание лишь на более резкие и постоянные. Следует отметить, что пользование словесным портретом, конечно, не строго научно. Мы знаем, например, о передаче по наследству некоторых уродств, родимых пятен, болезней и др. особых и редких примет, но о передаче по наследству признаков, употребительных для составления словесного портрета, нам почти ничего неизвестно. Поэтому портрет этот не основан на точных научных данных.

Поляков, взявший в основу словесный портрет, выработал подробную схему из 124 вопросов, с приложением дактилоскопических узоров. Он различает следующие 4 группы признаков:

- 1) постоянные: а) частые и б) редкие или резкие и
- 2) непостоянные: а) изменяющиеся с возрастом и б) не изменяющиеся; если они изменяются, то основная форма, например, выгнутая спинка носа, остается неизменной.

Ценность имеют, как правило, только редкие или резкие признаки и неизменяющиеся из группы непостоянных.

Остальные признаки имеют небольшое значение<sup>1</sup>.

При сопоставлении всех признаков у неродственных между собой лиц, как и у родных, оказалось 60% сходств; при ограничении же редко встречающимися признаками, оказалось у первых 25% сходных признаков, у кровных родных — 47%. Поляков советует, далее, не ограничиваться исследованием родителей и ребенка, а производить исследование прародителей (дедушек и бабушек); от этого процент сходства увеличивается<sup>2</sup>.

## 2. ДАКТИЛОСКОПИЯ

Экспертиза антропологических признаков крайне кропотлива. Она отнимает время и дает весьма неточные результаты, поэтому обратились к другому способу опознавания,

<sup>1</sup> Поляков дает примеры изменчивости непостоянных признаков: потемнение белокурых волос, выпрямление „курносого“ носа и проч. В 1-ом случае мать-славянка предъявила требование к греку об уплате за содержание ее ребенка. Ребенок был белокурым и слегка курносый; суд отказал ей в иске. Приблизительно через год ребенок оказался с темными волосами и прямым носом. После вторично поданного матерью заявления суд признал грека отцом.

<sup>2</sup> Подробности в ст. Н. Л. Полякова (Труды Съезда).

также употребл  
дактилоскопи



Рис. 44. Отпечаток пальца. Петлевый узор.

ются неизмен  
линий, составл  
вана дактило  
преступников.  
обозначаются  
составляется  
формула. К  
собственную, е  
Гальтон, со  
лоскопии, зам  
дачу тактиль  
произведены  
ния в этом  
Leven'ом; у н



Рис. 46. Отпечаток пальца. Сложный узор.

детельствова  
Семенов  
вых близнец  
и чрезвычай

<sup>1</sup> См. стат  
суд.-мед. эксп.



также употребляющемуся в уголовно - розыскной практике, — к дактилоскопии (рис. 44 - 45).



Рис. 44. Отпечаток пальца. Петлевой узор.

Как известно, на ладонной поверхности концевых фалангов пальцев рук папиллярные (сосочковые) линии глубоких частей кожи образуют узоры. Все узоры можно разделить на следующие 4 типа: дугу, петлю, круг и сложный узор, состоящий из комбинации первых трех типов. Узоры имеются уже у новорожденных и в течение всей жизни оста-

ются неизменными. Не изменяется и количество отдельных линий, составляющих узоры. На постоянстве узоров основана дактилоскопическая регистрация преступников. Узоры и количества линий обозначаются цифрами, из которых составляется дактилоскопическая формула. Каждое лицо имеет свою собственную, единственную формулу. Уже Гальтон, создатель новейшей дактилоскопии, заметил наследственную передачу тактильных узоров. Затем были произведены многочисленные исследования в этом направлении; в последнее время — Бонневи, Leven'ом; у нас — Сальковым и Семеновским<sup>1</sup>. Но так как



Рис. 45. Отпечаток пальца. Круговой узор.



Рис. 46. Отпечаток пальца. Сложный узор.

никогда не наблюдается унаследования всех признаков полностью только от отца или от матери, то и нельзя ожидать абсолютного сходства папиллярных линий ребенка и отца; здесь существуют, повидимому, весьма сложные комбинированные отношения. Следует отметить, что одно внешнее сходство узоров никоим образом не может свидетельствовать об их родственной связи.

Семеновский, изучая тактильные узоры у однойцевых близнецов (однойцевые близнецы всегда одного пола и чрезвычайно похожи друг на друга), выработал метод

<sup>1</sup> См. статьи Салькова и Семеновского в Трудах 2 Всеросс. Съезда суд.-мед. эксп.



изучения наследственной передачи узоров. Он снимал и фотографировал в увеличенном виде пальцевые узоры близнецов и изучал их в двух направлениях: во-первых, со стороны сходства типа и вида рассматриваемого узора и, во-вторых, со стороны количества, расположения и характерных особенностей строения папиллярных линий, составляющих узор (начало, конец, слияние и направление папиллярных линий). Сравнивая отпечатки соответствующих пальцев близнецов, Семеновский подразделил их по степени сходства на 4 типа:

I. Узоры, чрезвычайно сходные по типу своего строения, направлению и изгибу своих линий и деталям строения некоторых линий.

II. Узоры, представляющие сходство в деталях строения некоторых аналогичных линий, несмотря на некоторое свое внешнее различие.

III. Узоры, имеющие внешнее различие и ничтожное количество аналогичных линий.

IV. Узоры, представляющиеся удивительно сходными по типу своего строения, но имеющие ничтожное количество аналогичных линий.

Однако, помимо сходства, узоры „идентичных близнецов“ в то же время резко отличаются целым рядом деталей — факт, обусловленный, очевидно, индивидуальной вариацией. Последняя, однако, не заходит так далеко, чтобы из одного зачатка (из одного яйца) образовать у одного близнеца, например, типичный круговой узор, а у другого — типичную петлю; но у одного близнеца может развиваться дуга, а у другого — слабо развитая петля.

Leven<sup>1</sup> считает папиллярные узоры у однояйцевых близнецов различными.

По мнению Семеновского, о наследственной передаче узоров можно говорить с известной степенью уверенности лишь в тех случаях, когда у родителей и детей наблюдаются узоры, которые можно причислить к первым двум типам.

Сальков в своих выводах гораздо смелее и применяет их на практике. В указанной статье он описывает первый

<sup>1</sup> Kl. Woch. 1924. № 40.

случай примен  
дактилоскопич  
Сальков  
и в целом ряд  
значение в с  
самостоятельно  
Сальков  
братьев и сест  
тах между ни

1. Требовалос  
предполагаемым  
ребенка с обоим  
ков обратил вн  
антропологическ  
взятых для срав  
значительное к  
число — с гр. К.  
отцом.

Убеждение  
цев с рук гр. гр.  
Здесь оказалос  
типам, форме, к  
эти узоры, при  
цев гр. К. и ма  
знаки от отца.

2. На основ  
цов, 92 матерей  
Сальков прише

1. Если у с  
одинаковой фо

2. Если у с  
же петли, но м

3. Если у с  
такие же петли

4. Указател  
разнообразные

5. Полное  
дается в 23,46%  
вой — 34,8%.

6. В 10% у  
у матери (напр

7. Сходство  
петлях) у отца  
руках в 8,4%.

8. Общее  
руки — 44,5%.



случай применения в Ленинграде (и вообще в республике) дактилоскопической экспертизы родственного сходства<sup>1</sup>

Сальков оттеняет, что как при данной экспертизе, так и в целом ряде других случаев дактилоскопии придавалось значение в связи с другими признаками сходства, но не самостоятельно<sup>2</sup>.

Сальков отмечает частое сходство узоров у родных братьев и сестер и тем большее, чем меньше разница в годах между ними.

<sup>1</sup> Требовалось определить сходство или несходство ребенка с двумя предполагаемыми отцами. Приступив к исследованию и сравнению ребенка с обоими предполагаемыми отцами, гражданами М. и К., Сальков обратил внимание, главными образом, на редко встречающиеся антропологические признаки; из общего числа 31 таких признаков, взятых для сравнения у ребенка, 29 оказались сходными с гр. М., незначительное количество сходных с матерью гр. С. и еще меньшее число — с гр. К. Это убедило Салькова в возможности считать гр. М. отцом.

Убеждение укрепилось после анализа и сравнения отпечатков пальцев с рук гр. М. и К. и гражданки С. с отпечатками пальцев ребенка. Здесь оказалось полное сходство узоров пальцев гр. М. и ребенка по типам, форме, направлению и общему количеству линий, образующих эти узоры, при значительном отличии этих признаков в узорах пальцев гр. К. и матери ребенка. Ребенок получил, следовательно, эти признаки от отца.

<sup>2</sup> На основании дактилоскопического исследования 92 семей (92 отцов, 92 матерей, 76 мальчиков и 98 девочек в возрасте (от 1 до 5 лет), Сальков пришел к следующим выводам:

1. Если у субъекта на обеих руках встречаются петли, то все они одинаковой формы, величины и уклона, за редкими исключениями.

2. Если у отца и матери малые петли, то у ребенка обычно такие же петли, но могут быть и шатровые узоры.

3. Если у отца и матери большие петли, то у ребенка, обычно, такие же петли, но могут быть и дугообразные узоры.

4. Указательный палец вообще, особенно на правой руке, имеет разнообразные узоры, приблизительно одинаково для всех 4 типов.

5. Полное сходство у отца с ребенком в ульнарных петлях наблюдается в 23,46% на обеих руках, на одной правой — в 29,7%, на левой — 34,8%.

6. В 10% у детей встречаются узоры, не имеющиеся ни у отца, ни у матери (например, радиальная петля или круг, или шатер).

7. Сходство полное в остальных узорах (кроме сходства в мизинцевых петлях) у отца и детей, т. е. при равной комбинации, имеется на обеих руках в 8,4%, на одной правой — 14,8% и на одной левой — 16%.

8. Общее сходство у отца и детей: обеих рук — 31,86%, правой руки — 44,5%, левой — 50,8%.



После всего сказанного понятно, почему наши официальные органы воздерживаются от рекомендации экспертизы „отцовства“! И антропологические, и дактилоскопические исследования еще очень не точны, процентное определение сходных признаков дает лишь известную степень вероятности, а потому они не могут получить „права гражданства научных доказательств“.

Главное же, генетика, передача по наследству указанных признаков еще чрезвычайно мало изучена. Биологам весьма хорошо известны многочисленные наследственные признаки у некоторых животных и птиц (кур, мышей), но, в виду отсутствия, по понятным соображениям, опытов над человеком, наши знания ограничиваются лишь несколькими признаками. Для того, чтобы служить судебнo-медицинским целям, наследственные признаки должны обладать весьма определенными свойствами: во-первых, они должны проявляться уже в раннем детстве или с момента родов и оставаться неизменными в течение всей жизни данного лица. Ведь алиментные иски предъявляются даже к старикам в пользу новорожденных! Поэтому наследственные признаки, появляющиеся, например, на 6 или 8 году жизни или ко времени наступления половой зрелости, не могут быть применяемы. Во-вторых, признак этот должен быть довольно резким и хорошо изучен в генетическом смысле, во избежание ошибочных выводов. К сожалению, мы знаем у человека весьма мало таких признаков. Так, первому условию вполне удовлетворяют тактильные узоры, но в генетическом отношении они совсем не изучены. Признаком, удовлетворяющим обоим условиям, является известная окраска радужной оболочки глаза. Совершенно чистый голубой цвет строго передается по наследству является однородным, (гомозиготным); напротив, темные глаза — расщепляющиеся (гетерозиготны); по наследству от них могут произойти и темные, и карие, и серые глаза — разновидности, зависящие от свойства пигмента. Если у обоих родителей чисто голубые глаза (совершенно без примеси коричневого в виде пятнышек), то у детей должны быть такие же голубые глаза. Если же один или оба родителя темноглазые, то у детей могут быть и темные, и серые, и зеленые глаза. Если у чисто голубоглазых родителей родился ребенок с карими или серыми глазами, то отцом его

должен б  
даются по  
дети обяз  
светлорус  
отвечающ  
лежность

3.

В нач  
крови на  
основан  
дении к  
человека  
происход  
цитов в  
факт ос  
введенна  
ведет к  
XX века  
в том, ч  
димо со  
теля) и  
ходится  
кровяны  
обознач  
рецепто  
А и В.  
одноиме  
Сыворо  
сыворот  
нина а,  
крови  
держат  
оба ре  
След  
I груп  
II ”  
III ”  
IV ”



должен быть другой мужчина. Рыжие волосы также передаются по наследству. Если оба родителя рыжеволосые, то дети обязательно будут такими же. То же самое известно про светлорусые волосы. Следующим наследственным признаком, отвечающим вышеуказанным требованиям, является принадлежность каждого человека к одной из 4-х кровяных групп.

### 3. РЕАКЦИЯ ГЕМОАГГЛЮТИНАЦИИ ЛАНДШТЕЙНЕРА

В начале XX века был открыт факт деления людей по крови на 4 группы — I, II, III и IV. Принцип такого деления основан на следующем. Уже давно отмечено, что при введении крови одного человека в кровообращение другого человека, в целях лечебных (переливание крови), нередко происходит осложнение: образуется склеивание эритроцитов в кучки, так наз. агглютинация. Долго этот факт оставался необъяснимым, почему в одних случаях введенная кровь остается неизменной, а в других случаях ведет к тяжелому и опасному осложнению. Только в начале XX века Landsteiner и др. дали этому объяснение. Дело в том, что для процесса склеивания, агглютинации, необходимо соединение двух веществ — агглютинина (склеивателя) и рецептора (склеиваемого вещества). Первое находится в сыворотке крови, второе — в эритроцитах (красных кровяных тельцах). Существует два разных агглютинина, обозначаемых греческими буквами  $\alpha$  и  $\beta$ , и два разных рецептора, обозначаемых латинскими заглавными буквами A и B. Для получения агглютинации необходимо соединение одноименных агглютинина и рецептора, т. е.  $\alpha + A$  или  $\beta + B$ . Сыворотка крови I группы содержит оба агглютинина  $\alpha$  и  $\beta$ , сыворотка II группы — агглютинин  $\beta$ , III группы — агглютинин  $\alpha$ , IV группы — не содержит агглютининов. Эритроциты крови I группы не содержат рецепторов, II группы — содержат рецептор A, III группы — рецептор B, IV группы — оба рецептора A и B.

Следовательно, мы имеем следующий состав крови:

I группа	O $\alpha \beta$	(отсутствие рецепторов и оба агглютинина)
II	" A $\beta$	(A — " " и $\beta$ " )
III	" B $\alpha$	(B — " " и $\alpha$ " )
IV	" AB	(оба рецептора A и B и отсутствие агглютининов).



При рассмотрении этих формул, мы можем отметить следующее: во 1-х ни одна группа крови не содержит одноименных рецептора и агглютинина; поэтому в крови человека не происходит собственной агглютинации, иначе он бы погиб от разрушения крови; во 2-х, сыворотка I группы, благодаря содержанию обоих агглютининов, в состоянии агглютинировать эритроциты всех остальных групп, в которых имеется хотя бы один рецептор; в то же время эритроциты I группы, в которых отсутствуют рецепторы, не агглютинируются никакой группой; в 3-х, сыворотка IV группы, не имея вовсе агглютининов, не в состоянии агглютинировать никакой крови, она неактивна, но эритроциты этой группы, содержащие оба рецептора, агглютинируются сыворотками всех 3 остальных групп (I, II и III), в которых имеется хотя бы I агглютинин. Таким образом, I и IV группы до некоторой степени противоположны. В 4-х, сыворотка группы II (с  $\beta$  агглютин.) агглютинирует эритроциты III и IV групп, находя там для себя одноименный рецептор B. Эритроциты II группы (с A — рецептором) агглютинируются сыворотками I и III групп, в которых имеются одноименный агглютинин  $\alpha$ . В 5-х, сыворотка группы III (с  $\alpha$  — агглютинином) агглютинирует эритроциты II и IV групп, где имеется одноименный рецептор A. Эритроциты III группы (с B — рецептором) агглютинируются сыворотками I и II групп, т. е. агглютинином  $\beta$ . Если мы посмотрим повнимательнее, то увидим, что II и III группы имеют много сходного между собою: каждая из них содержит по одному агглютину и одному рецептору (конечно, разноименному); поэтому обе группы агглютинируют друг друга и IV группу и агглютинируются I группой.

На этом принципе основана реакция изогемоагглютинации Ландштейнера, введенная в лечебную практику. Дело в том, что для успеха переливания крови от одного человека к другому, следует прежде всего убедиться, насколько кровь их соответствует друг другу: нельзя ввести кровь такой группы, которая давала бы агглютинацию.

Для группового определения принадлежности крови, необходимо получить на большом клиническом материале, среди которого имеются лица всех 4-х групп, стандартные сыворотки II и III групп. При помощи последних

и незначит  
сколько м  
исследуема  
она может  
формулы!  
тинируется  
ведем про  
кровь даст  
ибо III гру  
исходит, то  
II группа в  
Принадл  
строго пост  
каких усло  
дается по н  
на нее был  
судебных м  
об определ  
рецепторы  
агглютини  
Мы пойм  
ной передач  
имеется в  
рубль, либо  
выдать. Но  
имеется, на  
наследствен  
обладаем об  
можем пере  
чего — O. Н  
передать ли  
отсутствуют  
нашего ребе  
от нас не по  
ребенку ли  
имеется, ли  
рецепторы, п  
теля имеется  
либо I групп  
рецептор, пол



и незначительного количества исследуемой крови, можно в несколько минут проделать реакцию Ландштейнера. Так, если исследуемая кровь  $\times$  агглютинируется сывороткой II гр., то она может принадлежать (обратим внимание на групповые формулы!) либо к III, либо к IV группе; если она не агглютинируется, то может быть I или II группы. Теперь произведем пробу с сывороткой III группы. Если исследуемая кровь даст агглютинацию, то она может быть только IV группы, ибо III группа исключается; если же агглютинации не происходит, то она может принадлежать только к I группе, ибо II группа всегда агглютинируется сывороткой III группы.

Принадлежность человека к определенной группе крови строго постоянна от момента рождения до смерти, ни при каких условиях жизни, повидимому, не изменяется и передается по наследству, согласно законам Менделя. Поэтому на нее было с самого начала открытия обращено внимание судебных медиков, и ею желали воспользоваться в делах об определении отцовства. По наследству передаются лишь рецепторы A и B, а также отсутствие рецепторов; агглютинины же значения не имеют.

Мы поймем эти сложные взаимоотношения наследственной передачи признаков на простом примере. Если у нас имеется в кармане один рубль, то мы можем выдать рубль, либо меньше рубля, либо мы можем ничего не выдать. Но мы не в состоянии дать больше того, чем у нас имеется, напр.  $1\frac{1}{2}$  рубля. То же происходит и по законам наследственности. Если мы принадлежим к группе IV, т. е. обладаем обоими рецепторами  $A + B$ , то мы своему ребенку можем передать либо A, либо B, либо  $A + B$ , либо ничего — O. Но если у нас имеется только A, то мы можем передать лишь A, либо ничего — O. А если у нас самих отсутствуют рецепторы, т. е. мы принадлежим к гр. I, то у нашего ребенка они должны отсутствовать, так как он их от нас не получил. Точно так же и мать может передать ребенку лишь тот рецептор (или оба), который у нее имеется, либо может ничего не передать. Ребенок суммирует рецепторы, полученные от родителей. Если у одного родителя имеется A, а у другого B, то ребенок может быть либо I группы (т. е. O — рецептор), либо II группы (т. е. A — рецептор, полученный от одного родителя), либо III группы



(т. е. В — рецептор, полученный от другого родителя), либо IV группы (т. е. A + B, полученные от обоих родителей), как это видно из следующей таблицы.

Группа одного родителя	Группа другого родителя	Возможная групповая принадлежн. детей	Невозможная групп. принадлеж. детей
О	О	О	А, В, АВ
О	А	О, А	В, АВ
О	В	О, В	А, АВ
О	АВ	О, А, В, АВ	—
А	А	О, А	В, АВ
А	В	О, А, В, АВ	—
А	АВ	О, А, В, АВ	—
В	В	О, В	А, АВ
В	АВ	О, А, В, АВ	—
АВ	АВ	О, А, В, АВ	—

Если известны группы одного родителя (в больш. сл. матери) и группа его ребенка, то можно определить, к каким группам принадлежит другой родитель (в больш. сл. отец) и к каким он не может принадлежать.

#### Групповая принадлежность

Одного родителя (напр. матери)	Ребенка	Другого родителя	
		Возможная	Невозможная (напр., отца)
О	А	А, АВ	О, В
О	В	В, АВ	О, А
О	АВ	АВ	О, А, В
А	В	А, АВ	О, А
А	АВ	В, АВ	О, А
В	А	А, АВ	О, В
В	АВ	А, АВ	О, В
О	О	О, А, В, АВ	—
А	О	О, А, В, АВ	—
АВ	О	О, А, В, АВ	—
А	А	О, А, В, АВ	—
В	В	О, А, В, АВ	—
АВ	АВ	О, А, В, АВ	—
АВ	А	О, А, В, АВ	—
АВ	В	О, А, В, АВ	—

Если мы внимательно посмотрим на 2-ю таблицу, то можем сделать несколько важных выводов:

1) Для определения групповой принадлежности искомого родителя (отца), необходимо исследовать кровь матери и ее ребенка.

2) Если ребенок и мать принадлежат к одной и той же группе или если мать принадлежит к IV (АВ) группе, или если ребенок принадлежит к I (О) группе, то отец может быть любой группы.

Поэтому, мерно в 100% чаев мы не устанавливая групп одним из дес жат к этой имеет для на Реакция и вавной лабор ного исследо чительном ко мнению, не м доказательств блики. Огром выросло бы в справиться ре леко незакон об'ясняется ни и НКЮ РСФС за 1925 г.): „В связи с глотинации, в возможности или исключити странения в н отцовства в с медицинской э ческих органов отцовства путе Народные основываясь н раз'ясняют: 1) Применен ящее время мо жительные указ при том лишь в исследования и в научной прис



Поэтому, только в небольшом количестве случаев, примерно в 10<sup>0</sup>%, мы можем исключить отцовство. В 90<sup>0</sup>% случаев мы не в состоянии ничего сказать. С другой стороны, устанавливая возможную принадлежность отца к той или иной группе, мы представляем себе, что он может быть одним из десятков миллионов мужчин, которые принадлежат к этой группе. Так что положительный результат не имеет для нас значения.

Реакция изогемоагглютинации, требуя хорошо оборудованной лаборатории, специального персонала и обязательного исследования всех троих лиц и давая лишь в незначительном количестве нужный нам результат, по нашему мнению, не может еще быть включена в систему судебных доказательств и применяться в широких пределах республики. Огромное и без того количество „алиментных“ дел выросло бы в необычайное изобилие, с которым не могли бы справиться ресурсы страны, если бы этой реакции, еще далеко незаконченной, был бы дан широкий простор. Этим объясняется нижеследующее циркулярное распоряжение НКЗ и НКЮ РСФСР за № 127 от 5/VI 1925 г. (Бюлл. НКЗ № 12/13 за 1925 г.):

„В связи с работами иностранных ученых об изогемоагглютинации, в широкие массы населения проникли слухи о возможности путем исследования крови точно установить или исключить отцовство. В виду чрезвычайного распространения в настоящее время судебных дел об отыскании отцовства в связи с истребованием алиментов, к судебно-медицинской экспертизе со стороны населения и юридических органов пред'являются требования на определение отцовства путем исследования крови.

Народные Комиссариаты Здравоохранения и Юстиции, основываясь на заключении Ученого Медицинского Совета, раз'ясняют:

1) Применение реакции изогемоагглютинации в настоящее время может дать при определении отцовства положительные указания только в незначительном числе случаев, при том лишь наряду с другими данными индивидуального исследования и при производстве его компетентным лицом в научной лабораторной обстановке, причем необходимо присутствие исследуемых отца, матери и ребенка.



2) В виду указанного значения реакции изогемоагглютинации, введение ее в судебную практику при настоящем положении в качестве обязательного метода исследования, результаты которого могли бы служить судебным доказательством, является преждевременным.

Поэтому Народные Комиссариаты Здравоохранения и Юстиции считают необходимым предложить органам здравоохранения не выдавать на основании указанной пробы каких-либо официальных свидетельств, а органам юстиции не пользоваться таковыми в качестве судебных доказательств.

#### 4. ПОЛОВАЯ СПОСОБНОСТЬ

Вопрос о половой способности возникает чаще всего в связи с взысканием алиментов. Если лицо, назвавшееся отцом, не в состоянии отрицать своей связи с матерью ребенка, то оно старается отвергнуть принадлежность ему ребенка, ссылаясь на половую неспособность. Здесь бывают курьезы: некто сбрил волосы с лобка и половых органов и заявил, что страдает уродством и импотенцией (Haberda). В уголовных делах вопрос поднимается в тех случаях, когда обвиняемый в изнасиловании или развращении малолетних заявляет о существующей у него неспособности к совершению полового акта. Здесь расчет на то, что жертва — ребенок не в состоянии рассказать правды. В редких случаях решение о половой способности может понадобиться в делах о последствиях повреждений половых органов. Половая способность женщины рассматривается в связи с подозрением на кражу ребенка, подкидывание и проч., а за границей и до революции у нас — в бракоразводных делах.

Физиологическая, нормальная половая способность состоит из:

- а) способности к совокуплению у мужчины и женщины;
- б) способности к оплодотворению женщины со стороны мужчины и способности к зачатию, беременности и родам со стороны женщины.

Половая способность здорового мужчины в пределах определенного возраста предполагается существующей и не нуждается в доказательстве (Casper — Liman). Из этой предпосылки следует исходить в судебно-медицинской экспертизе.



Поэтому лицо, ссылающееся на половую неспособность, должно таковую доказать.

а) Неспособность к совокуплению у мужчин  
(*impotentia coeundi*)

Необходимым условием полового совокупления мужчины является способность полового члена напрягаться. Жалобы на недостаток этой способности являются частым поводом к судебнo-медицинскому исследованию. Напряжение полового члена, так назыв. эрекция, представляет собой рефлекторный процесс, вызываемый сладострастными представлениями о половом совокуплении, видом обнаженного женского тела, прикосновением к женскому телу, поцелуями, а также искусственным раздражением головки полового члена (онанизмом). Как для всякого рефлекса, необходимым условием для эрекции является нормальное состояние приводящих и отводящих нервных путей. Периферическим раздражителем у мужчины является половое возбуждение при непосредственном общении с женщиной. Но эрекция может иногда происходить без сладострастных ощущений, например, при переполнении мочевого пузыря (утренняя эрекция), а также при некоторых телесных и психических дефектах. Эрекция может быть ослабленной или вовсе отсутствовать. Если раздражитель — в данном случае женщина по тем или иным причинам не возбуждает мужчину — (старуха, ребенок, близкая родная) или вызывает отвращение (уродливые, больные неприятными болезнями), то эрекция не наступает, несмотря на половую способность. Однако, в главе об изнасиловании мы уже указали, что чувство отвращения индивидуально и весьма различно; мы встречали изнасилованных старух, а одна горбунья, покончившая самоубийством, в предсмертном письме описывала успехи у молодых и красивых юношей, выпавшие ей на долю. Это необходимо принимать во внимание при оценке соответствующих случаев.

К этой же категории относительной импотенции принадлежат довольно частые случаи полового бессилия мужчин в отношении своих собственных жен, по истечении нескольких лет супружеской жизни: здесь привычка и избалованность ослабляет возбуждение. Но те же мужчины, под влиянием более сильных раздражителей — со стороны более



опытных партнерш — еще потентны. Куршман (цит. по Haberda) говорит: „Есть мужчины, сделавшиеся импотентными под влиянием одичавшей фантазии и развратных женщин и обратившиеся к различным утонченным способам удовлетворения половой страсти“. Их фантазия им рисует образы, для которых нормальная супружеская жизнь неудовлетворительна. Они развращают своих жен и вносят нередко, если жены еще достаточно целомудренны, разлад в семейные отношения. Некоторые жены жалуются на дикие эксцессы со стороны мужей (*coitus in os* и пр.).

В других более серьезных случаях импотенция обусловлена недостаточной возбудимостью эрекционных центров либо расстройством проводимости нервных путей, участвующих в рефлексе. В глубокой старости эрекция физиологически угасает, несмотря на присутствие иногда *libido*. Здесь потеря эрекции объясняется ослаблением эрекционных центров и старческой инволюцией тканей пениса. В головном мозгу половой центр вероятно находится в *gyrus fusiformis* и *lingualis* (у обезьян, Ferrier). Пуссеп вызывал эрекцию и эякуляцию раздражением малого участка позади *sulcus cruciatus*; при удалении его уничтожается половое влечение (у собак). Субкортикально точное положение центров также еще неизвестно. Прежде считали, что центры, заведующие эрекцией и эякуляцией, находятся в поясничной части спинного мозга.

Встречаются мужчины с врожденным отсутствием или слабой возбудимостью центров, заведующих половыми функциями, в частности эрекцией, при нормальном развитии других центров. Таких лиц прежние авторы называли „холодными натурами“ (*naturae frigidae*). Среди последних много психопатических личностей: имбециликов и дебециликов.

Мюллер<sup>1</sup> предполагает существование вазомоторных центров эрекции в спинно-мозговых ганглиях на дне таза. По его мнению, в этих ганглиях находится лишь центр первой части процесса эякуляции, заключающейся в опорожнении семенных пузырьков и предстательной железы посредством сокращения соответствующих гладких мышц в заднюю часть мочеиспускательного канала. Вторая же часть эякуляции —

<sup>1</sup>) Klin. u. experim. Studien u. über die Innervation der Blase, des Mastdarmes u. d. Geschlechtsapparates. D. Z. f. Nervenheilk., 1902, т. 21., стр. 86-154 и др. Опыты на собаках и разбор клинич. случаев.

извержение  
гося в спи  
Половая  
нервно-пси  
является н  
стратов и  
весьма сил  
С насту  
угасает, сл  
тров, хотя  
Недаром Ф  
de sesartèr  
Так как  
от нервных  
то заболел  
могут обус  
вание особ  
открытием  
щих из 1,  
тическую н  
ских нер  
системы по  
за собою  
тонуса сос  
Перерезка  
сокращени  
происходит  
нии корня  
при забол  
при травм  
мозговой с  
Но иногда  
усиление  
ряется пох  
Правил  
шено псих  
мыслью о  
и проч. П  
няется, по  
полового а



извержение семени наружу — зависит от центра, находящегося в спинном мозгу (см. ниже).

Половая способность не находится в связи с состоянием нервно-психических способностей; у идиотов она часто проявляется неудержимо бурно и, конечно, бесстыдно. У кастратов и гермафродитов половое влечение может быть весьма сильным.

С наступлением старости половая способность постепенно угасает, слабеет и исчезает возбудимость эрекционных центров, хотя бывают поздние проявления полового чувства. Недаром французская пословица говорит: „L'homme a l'age de ses artères“.

Так как импульс к эрекции исходит, главным образом, от нервных органов, лежащих выше Goltz'овского центра, то заболевания головного и верхних частей спинного мозга могут обусловить ослабление и потерю эрекции. Существование особых центробежных путей эрекции доказал Eckhard открытием (на собаках) *nervi erigentes* — волокон, выходящих из 1, 2 и 3 крестцовых нервов, переходящих в симпатическую нервную систему (под назв. парасимпатических нервов) и вместе с ними достигающих сосудистой системы полового члена. Раздражение этих нервов влечет за собою расширение сосудов полового члена (ослабление тонуса сосудов и блуждающего нерва) и появление эрекции. Перерезка или разрушение другим способом обуславливают сокращение сосудов пениса, неспособность к эрекции. То же происходит при перерезке *n. n. ejaculatorii* или повреждении корня полового члена. Эрекция может отсутствовать при заболеваниях мозга, напр. при прогрессивном параличе, при травме черепа и спинно-мозговом миэлите, спинно-мозговой сухотке (табес), при травматическом неврозе и др. Но иногда в начале прогрессивного паралича наблюдается усиление половой способности. У табетиков сначала теряется похоть и оргазм, а затем эрекция и эякуляция.

Правильное течение рефлекса эрекции может быть нарушено психическим угнетением, напр., испугом, внезапной мыслью о возможности заражения венерической болезнью и проч. Психическим угнетением рефлекса эрекции объясняется, почему партнерам иногда не удается совершить полового акта, если прежние попытки оказались неудачны:



здесь причиной является неуверенность в себе, боязнь вторичной неудачи. Кроме нервных, бывают и механические причины неспособности к совокуплению: рубцы и хроническое воспаление пещеристых тел (и их последствия) или других частей полового органа — парауретрит, сильно выраженный фимоз, гипоспадия (см. гермафродитизм с искривлением полового члена). Гипоспадия — нередкое уродство (по Rennes — 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> среди рекрутов).

В тяжелых случаях, когда отверстие мочеиспускательного канала находится у самой мошонки, половой член недоразвит и сильно изогнут крючком, что препятствует введению его во влагалище. При гипоспадии может наступить, однако, оплодотворение женщины, если семя попадет в наружные половые органы.

Эписпадия (расщепление мочеиспускательного канала на верхней поверхности пениса) имеет большее значение, ибо представляет значительное уродство. Но и в данном случае возможно бывает совокупление.

Чрезвычайно малая величина пениса, препятствующая совокуплению, сопровождается общим недоразвитием. Весь организм остается гипопластическим. Причины не всегда известны. Врожденное отсутствие или двойной половой член (дифаллия) по редкости не имеют практического значения<sup>1</sup>. Искусственная потеря пениса от самовольного отсечения из религиозного изуверства (скопчества) или умышленного отрезания имеет большее значение. На рис. 6 изображен молодой мужчина, у которого жена из ревности отсекла половой член бритвой.

Иногда соседство больших грыжи и опухолей, фимоз, препуциальные камни, слоновость полового члена, изъязвления, рак, кератозы служат препятствием к совершению полового акта. Пуппе описал случай, когда после операции фимоза на рубце образовались два острых рожка до 2-х дюймов длиною, препятствовавшие введению члена во влагалище.

Чрезмерная величина полового члена, на которую раньше бывали указания (в бракоразводных делах), весьма сомнительна (с другой стороны некоторые мужчины объясняли

<sup>1</sup> Neugebauer собрал из литературы 28 случаев дифаллии.

свою им  
лище взр  
члена ока  
урологам  
дается ги  
представ  
почки на  
развивает  
полового  
жительно

Для п  
физическ  
когда опл  
ным муж  
некоторые  
отравлени

Након  
ции — сли  
способность  
и произво  
случаях п  
члена во  
половых  
даже чер  
пасть во

б)

Способ  
вливается  
образован  
нием сем  
в женски  
половой  
возрасте  
жаются до  
боких ста  
Конечно,

<sup>1</sup> Improt  
1927 г.

22



свою импотенцию чрезмерной узостью влагалища). Влагалище взрослой женщины достаточно растяжимо, а величина члена оказывалась не столь уже чрезмерной. Некоторыми урологами большое значение для развития импотенции при- дается гипертрофии семенного бугорка (*colliculus seminalis*), представляющего собой небольшую складку слизистой оболочки на задней стенке предстательной железы. Гипертрофия развивается, между прочим, на почве онанизма и неполного полового сношения (*coitus interruptus*), вследствие продолжительного состояния гиперемии (Орловский)<sup>1</sup>.

Для полового акта требуется удовлетворительное общее физическое здоровье (сердце, сосуды), но бывали случаи, когда оплодотворение женщины происходило тяжело больным мужем накануне его смерти. Эрекция угасает при некоторых болезнях обмена веществ (сахарной болезни, отравлении алкоголем, свинцом, морфием, табаком, тучности).

Наконец, следует упомянуть еще о расстройствах эрекции — слишком частой, продолжительной или слабой. Неспособность к половому совокуплению исключает, как правило, и производительную способность. Однако, в исключительных случаях происходит оплодотворение без введения полового члена во влагалище, лишь при наружном соприкосновении половых органов. При этом, как мы уже говорили, семя даже через неповрежденную девственную плеву может попасть во влагалище, и оттуда в матку и трубы.

#### б) Неспособность к оплодотворению

Способность оплодотворения (*potentia generandi*) обуславливается наличием нормально функционирующих яичек, т. е. образованием здоровых сперматозоидов, нормальным состоянием семенных путей и возможностью введения семени в женские половые органы. Она появляется с достижением половой зрелости, т. е. приблизительно в 14—16-летнем возрасте (но часто уже с 13-ти лет и раньше), продолжается до 60 лет и даже позже, до глубокой старости. У глубоких стариков находили еще подвижные сперматозоиды. Конечно, их оплодотворяющая способность не доказана.

<sup>1</sup> *Impotenz des Mannes*, 1922, Leipzig. В русск. перев. Изд. НКЗ. 1927 г.



Время наступления половой зрелости у мужчины также зависит от климатических, расовых, социальных и др. условий. Оно проявляется резкими признаками: появлением более мужественного вида, волос на лобке, следов усов и бороды, „Адамова яблока“. Яички делаются более чувствительными к давлению, половой член увеличивается в размере, по ночам появляются поллюции (сладострастные сны с извержением семени). Преждевременная половая зрелость у мальчиков, повидимому, реже наступает, чем у девочек, при нормальных социально-бытовых условиях.

Врожденное или приобретенное отсутствие яичек (увечье, кастрация), конечно, исключают производительную способность, но присутствие одного яичка вполне достаточно. Встречается врожденная атрофия яичек, чаще в виде инфантилизма (остановка развития), приобретенных атрофий от полового излишества, воспалительных процессов, от давления водяночной опухоли, повреждения нерва (n. spermatici). Задержка яичек в половом канале (крипторхизм) и гипоспадия в слабой степени не вызывают стерильности. Главной причиной стерильности являются: хроническая гоноррея и ее последствия, последовательные заболевания семявыводящих путей. Характерное заболевание для гонорреи — эпидидимит (воспаление придатка яичков); если он двусторонен, то стерильность мужчины весьма вероятна, хотя яичко, быть может, и продуцирует нормальное семя. По Нейссеру, 25-33% браков бездетных обязаны гоноррее. Эякулят содержит лишь выделения семенных пузырьков предстательной, Куперовых и уретральных желез: сперматозоиды отсутствуют. Такое стерильное семя по виду и запаху совершенно нормально, ибо последние зависят от секрета простаты.

Запустевание семенных путей с азооспермией (отсутствием сперматозоидов) и асперматизмом (отсутствием семени) являются почти всегда непоправимыми последствиями.

Простатит может вызвать временный „ложный асперматизм“ вследствие направления спермы в мочевой пузырь вместо уретры.

Медицинское освидетельствование производительной способности мужчины сводится к телесному осмотру исследуемого и микроскопическому анализу семени, доставленного в свежем виде в кондоме или при помощи онанизма. Следует

иметь, о  
полагать  
Неред  
(плевок),  
Если  
добыть  
предст  
которого  
жидкости  
исследуе  
приглас  
спустя п  
на прис  
Если  
спермат  
неподви  
капли с  
в свеже  
все спер  
ность со  
вовсе н  
способн  
В ал  
новить  
отсутств  
ленное  
Разр  
тельных  
свидете  
болезня  
Этим о  
ние рез  
результ  
Зде  
ствуемо  
в конд  
наприм  
чужую  
практи  
ратори  
22\*



иметь, однако, в виду возможность грубого обмана и не полагаться на идентичность доставленного в кондоме семени.

Нередко удавалось обнаружить вместо семени мокроту (плевков), гной, молоко и проч.

Если исследуемое лицо не в состоянии самостоятельно добыть семя, то производят через прямую кишку массаж предстательной железы и семенных пузырьков, посредством которого нередко добывают несколько капель семенной жидкости. Если это не удастся, — центрифугируют мочу. Если исследуемый мужчина живет половой жизнью, то можно пригласить для исследования его жену, и взять часа два спустя после совокупления содержимое шейки и исследовать на присутствие сперматозоидов.

Если под микроскопом находят живые и подвижные сперматозоиды, то оплодотворение вполне возможно. При неподвижности их препарат слегка подогревают с примесью капли слабого раствора щелочи, напр. едкого натра. Если в свежей семенной жидкости при повторных исследованиях все сперматозоиды неподвижны, то производительная способность сомнительна; если в той же самой семенной жидкости вовсе нет цельных сперматозоидов, то производительная способность отсутствует.

В алиментных делах требуется, главным образом, установить способность не в настоящее время, а решить вопрос, отсутствовала ли она в определенное более или менее отдаленное время.

Разрешение этого вопроса возможно лишь в исключительных случаях при наличии неоспоримых медицинских свидетельств от того времени, что данное лицо страдало болезнями, исключающими возможность оплодотворения. Этим обстоятельством в значительной мере умалется значение результата исследования, независимо от того, окажется ли результат исследования положительным или отрицательным.

Здесь нельзя полагаться на добросовестность свидетельствуемого и предложить ему принести свою свежую сперму в кондоме: не исключена возможность грубого обмана, например, вместо спермы, свидетельствуемый приносил чужую либо несвежую сперму и проч. С другой стороны, практикующийся способ добывания спермы тут же в лаборатории, путем онанизма, представляет собой акт крайне



стеснительный, неэтичный и не всегда верный. К тому же исследование семени в большинстве случаев совершенно излишне и не дает возможности заключить о производительной способности данного лица в более или менее отдаленное время.

Если исследование половых органов указывает на вполне нормальное их состояние, то врач, обычно, вправе дать заключение в том смысле, что у свидетельствуемого не оказалось болезненных явлений, на основании которых можно было бы исключить способность к совокуплению и оплодотворению.<sup>1</sup>

#### в) Неспособность к совокуплению у женщины

Для возможности совокупления требуется наличие влагалища, доступного по своим размерам для напряженного мужского члена (см. выше).

Препятствия к совокуплению представляют различные формы врожденной или приобретенной атрезии входа во влагалище: сращение или склейка половых губ, воспаления, ожоги, уродство развития, атрезия плевы, сужение всего входа.

Вагинизм — чрезмерная чувствительность входа во влагалище, вызывающая при малейшем прикосновении судорожное сокращение сжимающей мышцы (*m. constrictor cunni*) и мышцы таза (*m. levator ani* др.).

Вагинизм встречается преимущественно у молодых супругов. Причины вагинизма различны: травма при неловких и повторных попытках к половому акту, воспалительные явления у входа во влагалище встречается гл. обр. у нервных, впечатлительных и истеричных женщин). Болезнь эта излечима.

<sup>1</sup> Исследование половой способности, практиковавшееся в бракоразводных делах с давних пор (при жалобах жены на половую импотенцию мужа), имеет обширную историю. Законодательство и врачи давно занимались этим вопросом. До конца XVII века во Франции практиковался способ исследования в конгрессе (*congrès*).

После присяги мужа и жены, которою они клялись совершать супружеский акт в добром согласии, супругов, нередко совершенно нагих, поворачивали к исследованию особым присяжным экспертам и оставляли в постели в продолжение часа и больше.

Затем опять исследовали жену, лишена ли она девственности. Конечно, помимо моральной стороны, такой способ не приводил к цели, ибо затруднительно при таких условиях, чут ли не на виду у посторонних, совершить супружеский акт.

Преп

и чрезм

деформа

происхо

менное

жения в

о лонно

Отсу

не искл

обоих я

влечени

него — я

Так

то несп

гда при

влетворя

там пост

для пол

канал и

В пос

лице п

риалом

г) Не

Спос

с появле

жается д

роды. В

видеть 5

Пере

сти яич

патологи

атрофия

или нед

ния (не

заращен

трубах,

лица и



Препятствия со стороны скелета встречаются при коксите и чрезмерной узости *angulus subpubicus* при приобретенной деформации таза рахитического или остеомалатического происхождения. В нескольких случаях моей практики временное препятствие происходило вследствие низкого положения входа во влагалище. Член мужа всякий раз упирался о лонное сочленение.

Отсутствие матки и яичников при наличии влагалища не исключает возможности совокупления. Но по удалении обоих яичников спустя некоторое время исчезает и половое влечение. В климактерическом периоде отсутствие последнего — явление физиологическое.

Так как женщина играет в половом акте пассивную роль, то неспособность к совокуплению встречается редко. Иногда при отсутствии влагалища супруги приспособляются удовлетворять половую страсть в преддверии влагалища, отчего там постепенно образуется углубление. В других таких случаях для полового акта служил растянутый мочеиспускательный канал или прямая кишка.

В последнее время пробуют искусственно создать влагалище посредством сложной пластической операции. Материалом служит кусок тонких кишек.

#### г) Не способность к зачатию (стерильность)

Способность к зачатию, как мы уже знаем, устанавливается с появлением овуляции, приблизительно на 15 году, и продолжается до 48 - 50 лет. Бывают и более ранние, и более поздние роды. Беременность после 45 лет редка. Мне пришлось видеть 54 - летнюю женщину, имевшую 3 - хлетнюю дочку.

Перечислим вкратце более частые причины стерильности яичникового, маточного и трубного происхождения<sup>1</sup>: патологические процессы, отсутствие, недоразвитие или атрофия яичников, новообразования (не всегда); отсутствие или недоразвитие, уродство развития и изменения положения (не всегда) матки; подслизистые опухоли, воспаления и заращение входа во влагалище, воспалительные явления на трубах, гоноррея и последствия. Изменение секрета влагалища и матки также, повидимому, играет роль.

<sup>1</sup> E. Donay, La sterilité feminine Gyn. et obst. 1925, стр. 283



## МЕСТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (т. е. поло

Органы	Недоразвитие (в том числе уродства)	Новообразо- вания	Воспаление	Смещение
Наружные половые органы	Атрезия ги- мена	Добро - и зло- качественные опухоли (в том числе слоновость)	Вульвит (воспален. на- ружн. половых орг. женщины)	Разрыв промежности
Влагалище	Гипоплазия (аплазия)	Добро- и зло- качественные опухоли	Кольпит (воспаление влагалища)	Опущение (вы- падение) сте- нок влагалища (фистулы пу- зырно-влага- лищные и ки- шечно - влага- лищные)
Шейка матки	Коническая шейка (удли- нение шейки)	То же	Цервицит (эрозия)	—
Матка (тело)	Инфантилизм, гипоплазия (аплазия), патологическая антефлексия	То же (аденомиоз)	Метроэндо- метрит	—
Фаллопиевы трубы	Инфантилизм	То же	Сальпингит (перисальпин- гит)	Перегиб
Яичники	Недоразвитие	То же	Оофорит (пе- риоофорит)	Опущение (чрезмерно вы- сокое положе- ние)
Тазовая брюшина и клетчатка	Укорочение (врожденное) связочного аппарата	То же	Пери - и пара- метрит	—

<sup>1</sup> Таблица заимств. из ст. А. Э. Мандельштама, Вестн. Соврем. Мед.

<sup>2</sup> Воспаление трубы, обуславливающее непроходимость ее для яйца и

## вых органов женщины)

Местные биологические изменения	Общие заболевания (не половых органов)	Психогенные причины
—	Болезни желез внутренней секреции (гипофиза, щито- видной, вилочковой желез, хромафиновой системы)	Диспареу- ния
Изменение химизма влага- лища (чрезмерно кислый или щелочной секрет)	Болезни крови (хлороз, зло- качественная анемия, лейке- мия); обмена веществ (диабет) душевные (dementia praecox);	(Расстройства полового чувства)
Гиперсекреция (не воспали- тельная)	Хронические истощающие ин- фекции (сифилис, туберкулез) и отравления (алкоголь, мор- фий, свинец, сера и др.)	
Отсутствие или недостаток гликогена в эпителиях сли- зистой матки.	Конституциональные аномалии (инфантилизм, интерсексуаль- ность)	
Нарушение нормального мен- струального цикла	Иммунитет к мужскому семени	
Слабость перистальтики труб, недостаточность мерцатель- ного эпителия	Нарушение нормального развития яйца: 1. Слишком быстрый рост фолликулов (преждевремен. отмирание яйца в фолликуле) 2. Слишком медленный рост фолликул. (corpus luteum per- sestens). 3. Выхожение незрелых яиц из фолликул. 4. Недостаточное количество фолликулярной жидкости. 5. Непроницаемость corporae radiatae для сперматозоидов (отрицательный хемотаксис сперматозоидов и пр.)	



## Этиологические моменты, могущие

## МЕСТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (т. е. поло

Органы	Недоразвитие (в том числе уродства)	Новообразо- вания	Воспаление	Смещение
Наружные половые органы	Атрезия ги- мена	Добро - и зло- качественные опухоли (в том числе слоновость)	Вульвит (воспален. на- ружн. половых орг. женщины)	Разрыв промежности
Влагалище	Гипоплазия (аплазия)	Добро- и зло- качественные опухоли	Кольпит (воспаление влагалища)	Опущение (вы- падение) сте- нок влагалища (фистулы пу- зырно-влага- лищные и ки- шечно - влага- лищные)
Шейка матки	Коническая шейка (удли- нение шейки)	То же	Цервицит (эрозия)	—
Матка (тело)	Инфантилизм, гипоплазия (аплазия), патологическая антефлексия	То же (аденомиоз)	Метроэндо- метрит	—
Фаллопиевы трубы	Инфантилизм	То же	Сальпингит (перисальпин- гит)	Перегиб
Яичники	Недоразвитие	То же	Оофорит (пе- риоофорит)	Опущение (чрезмерно вы- сокое положе- ние)
Тазовая брюшина и клетчатка	Укорочение (врожденное) связочного аппарата	То же	Пери - и пара- метрит	—

<sup>1</sup> Таблица заимств. из ст. А. Э. М а н д е л ь ш т а м а, Вестн. Соврем. Мед.  
<sup>2</sup> Воспаление трубы, обуславливающее непроходимость ее для яйца и



обусловить бесплодие женщины <sup>1</sup>.

вых органов женщины)

Местные биологические изменения	Общие заболевания (не половых органов)	Психогенные причины
<p>Изменение химизма влагалища (чрезмерно кислый или щелочной секрет)</p> <p>Гиперсекреция (не воспалительная)</p> <p>Отсутствие или недостаток гликогена в эпителиях слизистой матки.</p> <p>Нарушение нормального менструального цикла</p> <p>Слабость перистальтики труб, недостаточность мерцательного эпителия</p> <p>Нарушение нормального развития яйца:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слишком быстрый рост фолликулов (преждевременное отмирание яйца в фолликуле)</li> <li>2. Слишком медленный рост фолликул. (corpus luteum persistens).</li> <li>3. Выхождение незрелых яиц из фолликул.</li> <li>4. Недостаточное количество фолликулярной жидкости.</li> <li>5. Непроницаемость corpus radiatae для сперматозоидов (отрицательный хемотаксис сперматозоидов и пр.)</li> </ol>	<p>Болезни желез внутренней секреции (гипофиза, щитовидной, вилочковой желез, хромаффиновой системы)</p> <p>Болезни крови (хлороз, злокачественная анемия, лейкемия); обмена веществ (диабет)</p> <p>душевные (dementia praecox);</p> <p>Хронические истощающие инфекции (сифилис, туберкулез) и отравления (алкоголь, морфий, свинец, сера и др.)</p> <p>Конституциональные аномалии (инфантилизм, интерсексуальность)</p> <p>Иммунитет к мужскому семени</p>	<p>Диспареуния</p> <p>(Расстройства полового чувства)</p>



## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

	Стр.		Стр.
Аборт . . . . .	215	Воздуха вдувание . . . . .	240
"    ложный . . . . .	235	Воздушная эмболия . . . . .	260
"    шеечный . . . . .	220	Вторичное зачатие . . . . .	155
Аборта диагностика . . . . .	261	Вторичные половые признаки . . . . .	27
"    законодательство . . . . .	268	Выделения . . . . .	263
"    казуистика . . . . .	265	Выкидыш искусственный . . . . .	221
"    мотивы . . . . .	222	"    умышленный . . . . .	229
"    последствия . . . . .	241	Вульва . . . . .	11
"    симуляция . . . . .	265	Геморрагия . . . . .	204
АбORTов статистика . . . . .	224	Гермафродитизм . . . . .	116
Агглютинация . . . . .	327	Гермафродитизма формы . . . . .	118
Амеция . . . . .	209	Гимен . . . . .	13
Аспирационная пневмония . . . . .	303	Гимена классификация . . . . .	52
Атония . . . . .	194	"    разрывы . . . . .	54
Багульник . . . . .	230	Гипоспадия . . . . .	336
Беременность . . . . .	133	Гнилокровие . . . . .	185
"    воображаемая . . . . .	160	Головная опухоль . . . . .	303
"    девственниц . . . . .	159	Гомосексуализм . . . . .	106
"    от изнасилования . . . . .	91	Гомосексуализма причины . . . . .	110
"    вопросы, предлагаемые при беременности . . . . .	153	Гонококки . . . . .	88
Беременности диагностика . . . . .	146	Графов пузырь . . . . .	18
"    несознание и сокрытие . . . . .	156	Грудные железы . . . . .	27
Беременности признаки вероятные . . . . .	148	Дактилоскопия . . . . .	322
Беременности признаки достоверные . . . . .	146	Девственная плева . . . . .	13, 14
Беременности признаки недостоверные . . . . .	151	Девственность и растление . . . . .	44
Беременности симуляция . . . . .	161	Дерево жизни . . . . .	16
Бесплодие . . . . .	340, 342	Детоубийство . . . . .	285, 311
Болезни сердца . . . . .	197	Децидуальная оболочка . . . . .	134
Буж . . . . .	236	Доказательство бывших родов микроскопическое . . . . .	168
Вагинизм . . . . .	340	Доказательство семени . . . . .	66
Венерин бугорок . . . . .	11	Железы Montgomery . . . . .	137
Висячий живот . . . . .	178	Желтое тело . . . . .	19
Влагалище . . . . .	14	Жертвы изнасилования . . . . .	83
Внезапная смерть . . . . .	193	Живорожденность . . . . .	291
Внематочная беременность . . . . .	171	Живоспособность . . . . .	291
Внутренняя секреция . . . . .	19	Задущение . . . . .	314
		Законодательство . . . . .	210
		Зонно - лимфатическое состояние . . . . .	207
		Изменения во время беременности . . . . .	135

Изнасило  
"  
"  
"  
цами  
Иллюзии  
силован  
Импотенци  
Истечение  
Инфаркты  
Инфекция  
"  
"  
"  
"  
рез труб  
Как долго  
Кататония  
Клитор  
Криминаль  
вых отпр  
Кровеносн  
Крови гру  
Ложный до  
Лохии  
Лучи Вуда  
Мазохизм  
Мания  
Матка  
Маточные  
"  
Мацерация  
Меконий  
Меланхолия  
Менингит  
Менструаци  
Миозит  
Миртовидн  
Младенец  
Можжевель  
Мочеиспуска  
Мумификаци  
Наркоз  
Нервно - пси  
ства  
Неспособнос  
нию  
Несчастные



	Стр.		Стр.
Изнасилование . . . . .	69	Нижний сегмент . . . . .	176
"    во время сна . . . . .	77	Нимфомания . . . . .	98
"    больной . . . . .	79	Новорожденность . . . . .	288
"    несколькими ли-		Новорожденных правила вскры-	
цами . . . . .	80	тия . . . . .	291
Иллюзии и галлюцинации изна-		Овуляция . . . . .	22
сирования . . . . .	77	Окостенения дефекты . . . . .	303
Импотенция . . . . .	333	Онанизм . . . . .	94
Истечение кровью . . . . .	193	Отпадающая оболочка . . . . .	134
Инфаркты . . . . .	297	Отравления . . . . .	241, 317
Инфекция . . . . .	183, 254	Отслойка последа . . . . .	195
"    плодного яйца . . . . .	259	Параметрит . . . . .	190
"    кровеносный путь . . . . .	187	Патология генерационного пе-	
"    лимфогенный путь . . . . .	189	риода . . . . .	171
"    распространение че-		Первородный кал . . . . .	296
рез трубы . . . . .	191	Перитонит . . . . .	190
Как долго новорожденный жил	296	Пикацизм . . . . .	96
Кататония . . . . .	210	Плодогонные средства . . . . .	229, 232
Клитор . . . . .	13	Повреждений матки локализа-	
Криминальное значение поло-		ция . . . . .	250
вых отправлений . . . . .	113	"    редкие случаи . . . . .	252
Кровеносные сосуды . . . . .	20	"    травматические . . . . .	313
Крови группы . . . . .	327	"    черепных костей . . . . .	304
Ложный донос . . . . .	102	Пограничные случаи . . . . .	38
Лохии . . . . .	165	Половая зрелость . . . . .	
Лучи Вуда . . . . .	68	"    "    поздняя . . . . .	42
Мазохизм . . . . .	105	"    "    преждевремен-	
Мания . . . . .	209	ная . . . . .	40
Матка . . . . .	15	Половая неспособность жен-	
Маточные связки . . . . .	16	щины . . . . .	340
"    трубы . . . . .	17	Половая неспособность мужчины	333
Мацерация . . . . .	300	"    парадоксия . . . . .	101
Меконий . . . . .	169	"    щель . . . . .	11
Меланхолия . . . . .	209	Половое влечение . . . . .	33
Менингит . . . . .	206	Половой символизм . . . . .	97
Менструация и овуляция . . . . .	22	Половые губы . . . . .	12
Миозит . . . . .	191	"    извращения . . . . .	94
Миртовидные сосочки . . . . .	14	"    органов созревание . . . . .	21
Младенец . . . . .	283	"    органы . . . . .	11
Можжевельник донской . . . . .	230	"    парэстезии . . . . .	104
Мочеиспускательный канал . . . . .	14	Последа предлежание . . . . .	196
Мумификация . . . . .	300	Последствия изнасилования . . . . .	86
Наркоз . . . . .	75	Преддверие влагалища . . . . .	13
Нервно - психические расстрой-		Преждевременные роды . . . . .	215
ства . . . . .	208	Привычный аборт . . . . .	216
Неспособность к оплодотворе-		Признаки аборта . . . . .	219
нию . . . . .	337	"    бывшего совокупле-	
Несчастные случаи . . . . .	275	ния . . . . .	49



Стр.	Стр.
Признаки давних родов . . . . . 166	Словесный портрет . . . . . 321
„ недавних родов . . . . . 164	Сопутствующие изнасилованию
Причины досрочного прерыва-	повреждения . . . . . 81
ния беременности . . . . . 216	Совокупление в юридическом
Прободение . . . . . 242	смысле . . . . . 48
Продолжительность беременно-	Сперматозоиды . . . . . 67
сти . . . . . 142	Стерильность . . . . . 341
Прокол . . . . . 236	Стремительные роды . . . . . 303
Психическое насилие . . . . . 72	Стрептококк . . . . . 184
Психические травмы . . . . . 219	Судьба изнасилованных . . . . . 92
Пятна семенные . . . . . 67	Сулемовые таблетки . . . . . 231
Развитие плода . . . . . 140	Сыровидная смазка . . . . . 170
Развращенные дети . . . . . 101	Травмы, влияние на производи-
Разрыв матки . . . . . 175	тельную способность . . . . . 280
Расстройства полового чувства . 98	Травмы и воспаления . . . . . 279
Раствление . . . . . 49	Трансвеститизм . . . . . 113
Реакции, основанные на обмене	Третичные признаки пола . . . . . 29
веществ . . . . . 152	Тромбо-эмболия . . . . . 201
Реакция Абдергальдена . . . . . 151	Увеличение матки во время бе-
„ Ландштейнера . . . . . 327	ременности . . . . . 139
„ оседания эритроцитов . 152	Уголовный Кодекс . . . . . 211, 213
Роды могильные . . . . . 163	Ультрафиолетовые лучи . . . . . 68
„ и послеродовой период . . 161	Физическая беспомощность . . . . . 73
Рентгеновские лучи . . . . . 307	Формы девственной плевы . . . . . 50
Садизм . . . . . 104	Хинин . . . . . 230
Самоубийство изнасилованных . 84	Шок . . . . . 207, 260
Сатириазис . . . . . 100	Шпанские мушки . . . . . 230
Семенные пятна . . . . . 67	Эклямпсия . . . . . 204
Сепсис . . . . . 206	Экспертиза отцовства . . . . . 319
Симптомы угрожающего раз-	Элементы пола . . . . . 10
рыва . . . . . 182	Эмболия воздушная . . . . . 199
Сифилис . . . . . 216, 298	„ жировая . . . . . 204
Следы насилия . . . . . 72	„ мозга . . . . . 203
Смазывания . . . . . 233	Эндомерит . . . . . 186
Смерть ребенка во время родов 301	Эписпадия . . . . . 336
„ „ до родов . . . . . 298	Эротомания . . . . . 99
„ „ после родов . . . . . 306	Ядро окостенения . . . . . 141
Смещения матки . . . . . 275	Яичники . . . . . 17

Пред  
I. Пол  
А.

Б.  
В.  
Г.  
Д.  
Е.

II. Дев  
А.  
Б.  
В.  
Г.  
Д.  
Е.

Ж.  
III. Из  
А.

Б.  
В.

IV. Ге  
А.  
1.



# ОГЛАВЛЕНИЕ

## Часть I ЖЕНЩИНА

	Стр.
Предисловие . . . . .	5
I. Половая зрелость . . . . .	9
А. Элементы пола . . . . .	10
а) Половые органы . . . . .	11
б) Менструация и овуляция . . . . .	22
Б. Вторичные половые признаки . . . . .	27
В. Третичные " " . . . . .	29
Г. Половое влечение . . . . .	33
Д. Преждевременная половая зрелость . . . . .	40
Е. Поздняя половая зрелость . . . . .	42
II. Девственность и растление . . . . .	44
А. Совокупление в юридическом смысле . . . . .	48
Б. Признаки бывшего совокупления . . . . .	49
В. Признаки девственности . . . . .	49
Г. Расхождение экспертизы . . . . .	60
Д. Особенности изнасилования детей . . . . .	61
Е. Изменения и разрывы половых органов, сопутствующ. сово- куплению . . . . .	63
Ж. Доказательство извержения семени . . . . .	66
III. Изнасилование . . . . .	69
А. Противозаконное совокупление . . . . .	69
а) Следы насилия . . . . .	72
б) Психическое насилие . . . . .	72
в) Состояние физической беспомощности . . . . .	73
г) Иллюзии и галлюцинации изнасилования . . . . .	77
д) Изнасилование во время естеств. сна . . . . .	77
е) " душевно - больных . . . . .	79
ж) " несколькими лицами . . . . .	80
Б. Телесные повреждения и смерть при изнасиловании . . . . .	81
В. Жертвы изнасилования и субъекты преступления . . . . .	83
а) Самоубийство изнасилованных . . . . .	84
б) Последствия изнасилования . . . . .	86
в) Судьба изнасилованных . . . . .	92
IV. Гетеросексуальные половые аномалии . . . . .	94
А. Половые извращения . . . . .	94
1. Противоестеств. эквивал. полов. акта . . . . .	94
а) Онанизм . . . . .	94
б) Пикацизм . . . . .	96



	Стр.
2. Половой символизм . . . . .	97
Б. Расстройства полового чувства . . . . .	98
а) Нимфомания . . . . .	98
б) Эротомания . . . . .	99
в) Сатириазис . . . . .	100
г) Половая парадоксия . . . . .	101
д) Развращенные дети . . . . .	101
е) Ложный донос . . . . .	102
В. Половые отклонения (парэстезии) . . . . .	104
а) Садизм . . . . .	104
б) Мазохизм . . . . .	105
V. Гомосексуализм . . . . .	106
А. Развитие гомосексуализма . . . . .	106
Б. Причины гомосексуализма . . . . .	110
В. Трансвеститизм . . . . .	113
Г. Криминальное значение аномалий половых отклонений . . . . .	113
VI. Гермафродитизм . . . . .	116
Формы гермафродитизма . . . . .	118
VII. Беременность, роды и послеродовой период . . . . .	133
А. Физиология генерационного периода . . . . .	133
1. Беременность . . . . .	133
а) Изменения во время беременности . . . . .	135
б) Развитие плода . . . . .	140
в) Продолжительность беременности . . . . .	142
г) Диагностика беременности . . . . .	146
д) Вопросы, возникающие при исследовании беременности . . . . .	153
е) Вторичное зачатие . . . . .	155
ж) Несознание и сокрытие беременности . . . . .	156
з) Беременность „девственниц“ . . . . .	159
и) Ложная беременность . . . . .	160
к) Симуляция беременности . . . . .	161
2. Роды и послеродовой период . . . . .	161
а) Могильные роды . . . . .	163
б) Признаки недавних родов . . . . .	164
в) Признаки давних родов . . . . .	166
г) Микроскоп. доказательство бывш. родов . . . . .	168
Б. Патология генерационного периода . . . . .	171
1. Внематочная беременность . . . . .	171
2. Разрыв матки . . . . .	175
3. Инфекция . . . . .	183
а) По кровеносным путям . . . . .	187
б) По лимфатическим путям . . . . .	189
в) По трубам . . . . .	191
4. Внезапная смерть . . . . .	193
а) Истечение кровью . . . . .	193
б) Болезни сердца . . . . .	197
в) Эмболия . . . . .	199
г) Тромбо-эмболия легких . . . . .	201

5. Н  
6. З  
VIII. Аб  
А. П  
Б. И  
В. С  
Г. У  
1. В  
2. М  
Д. П  
а  
б  
в  
г  
д  
е  
ж  
з  
и  
IX. Нес  
А. См  
Б. Тр  
В. Оп  
Г. Вл  
а)  
б)  
X. Дето  
А. Н  
Б. Ж



	Стр.
д) Эмболия мозга . . . . .	203
е) Жировая эмболия . . . . .	204
ж) Геморрагия . . . . .	204
з) Эклампсия . . . . .	204
и) Сепсис . . . . .	206
к) Менингит . . . . .	206
л) Шок . . . . .	207
м) Зобно - лимфатич. состояние . . . . .	207
5. Нервно - психические расстройства . . . . .	208
6. Законодательство, касающееся судебной экспертизы . . . . .	210
VIII. А б о р т . . . . .	215
А. Причины аборта . . . . .	216
Б. Искусственный выкидыш . . . . .	221
В. Статистика абортсв . . . . .	224
Г. Умышленный выкидыш . . . . .	229
1. Внутренние плодсгонные средства . . . . .	229
2. Механические способы плодсизгнания . . . . .	232
„Прокол“ и буж . . . . .	236
Д. Последствия аборта . . . . .	241
а) Отравления . . . . .	241
б) Кровотечения . . . . .	241
в) Прободения . . . . .	242
1. Внебрюшинные прободения матки . . . . .	242
2. Внутрбрюшинные прободения матки . . . . .	244
3. Внутрбрюшинные прободения с осложнениями . . . . .	248
4. Редкие случаи повреждений . . . . .	252
г) Инфекция . . . . .	254
Инфекция плодного яйца . . . . .	259
д) Воздушная эмболия легких и мозга . . . . .	260
е) Шок . . . . .	260
Е. Диагностика аборта . . . . .	261
Продукты выделения . . . . .	263
ж) Симуляция . . . . .	265
з) Казуистика . . . . .	265
и) Законодательство . . . . .	268
IX. Несчастные случаи . . . . .	275
А. Смещения . . . . .	275
Б. Травмы и воспаления . . . . .	279
В. Опухоли внутренн. полов. орг. . . . .	280
Г. Влияние травмы на производ. деятельность . . . . .	280
а) Трудные роды . . . . .	280
б) Преждевременные роды и аборт . . . . .	271
Часть II	
МЛАДЕНЕЦ	
X. Детоубийство . . . . .	285
А. Новорожденность . . . . .	288
Б. Живоспособность . . . . .	290



	Стр.
В. Живорожденность . . . . .	281
а) Правила вскрытия . . . . .	291
б) Как долго новорожд. жил . . . . .	296
Г. Причины смерти ребенка . . . . .	298
а) Смерть ребенка до родов . . . . .	298
б)     "         "     во время родов . . . . .	301
в)     "         "     после родов . . . . .	306
г) Рентгеновские лучи . . . . .	307
д) Стремительные роды . . . . .	308
Д. Умышленное детоубийство . . . . .	312
а) Травматические повреждения . . . . .	313
б) Задушение . . . . .	314
в) Отравления . . . . .	317
XI. Экспертиза установления отцовства . . . . .	319
1. Словесный портрет . . . . .	321
2. Дактилоскопия . . . . .	322
3. Реакция гемоагглюцинации . . . . .	327
4. Половая способность . . . . .	332
а) Неспособность к совокупл. у мужчин . . . . .	333
б) Неспособность к оплодотворению . . . . .	337
в) Неспособность к совокуплению у женщин . . . . .	340
г) Неспособность к зачатию . . . . .	341
Алфавитный указатель . . . . .	344



ЮРИДИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО НКЮ УССР

Харьков, улица Артема, 31

УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС УССР И РСФСР

Сравнительный текст и комментарий под редакцией М. Е. Шаргея,  
С. А. Пригова и Ю. П. Мазуренко

I выпуск

Г. И. ВОЛКОВ

ИМУЩЕСТВЕННЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Характеристика и комментарий

== Цена 2 рубля 25 коп. ==

II выпуск

Проф. С. Мокринский и В. Натансон

ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЛИЧНОСТИ

Комментарий к VI главе

== Цена 1 руб. 55 коп. ==

IV выпуск

Проф. А. Гюнтер

Хозяйственные

преступления

ПЕЧАТАЮТСЯ:

Проф. Немировский, Филин  
и Зильберштейн

Преступления против

порядка управления

И. А. Варшавский

НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ,  
ОХРАНЯЮЩИХ НАРОДНОЕ  
ЗДРАВЬЕ, ОБЩЕСТВЕН-  
НУЮ БЕЗОПАСНОСТЬ  
И ПУБЛИЧНЫЙ ПОРЯДОК

V выпуск

Филин

Воинские

преступления

2-е издание

Книги высылаются наложенным платежом на сумму не  
менее 2 руб., при условии высылки вперед 25% стои-  
мости заказа

ПЕРЕСЫЛКА ЗА СЧЕТ ЗАКАЗЧИКА



**ЮРИДИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО НКЮ УССР**

Харьков, улица Артема, 31

**В ПРОДАЖЕ:**

М. Е. ШАРГЕЙ

**УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ КОДЕКС УССР**

Текст и постатейный практический комментарий

Цена 2 руб. 50 коп.

В переплете 2 руб. 90 коп.

Проф. Н. Н. ПАШЕ - ОЗЕРСКИЙ

**ИСПРАВИТЕЛЬНО-ТРУДОВОЙ КОДЕКС УССР**

ТЕКСТ И ПОСТАТЕЙНЫЙ КОММЕНТАРИЙ

с предисловием С. М. Канарского

Цена 2 руб. 50 коп.

Проф. ГАККЕБУШ и ЗАЛКИНД

**КУРС СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ**

Одобрено Госметодкомом Наркомпроса УССР как пособие  
для вузов

Цена 2 руб. 90 коп.

В. НАТАНСОН

**ПОЛОВЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ**

ПО УГОЛОВНОМУ КОДЕКСУ УССР и РСФСР

Цена 35 коп.

**ПЕЧАТАЮТСЯ:**

Проф. М. ЧЕЛЬЦОВ - БЕБУТОВ

**Советский Уголовный Процесс**

Заказы на сумму менее 2 рублей выполняются только за наличный  
расчет  
Стоимость таких заказов (до 2 рублей) можно высылать почтовыми  
марками



Д  
01

коп.

ГИИ

бие

б. 90 коп.

НИЯ

ср

Цена 35 коп.

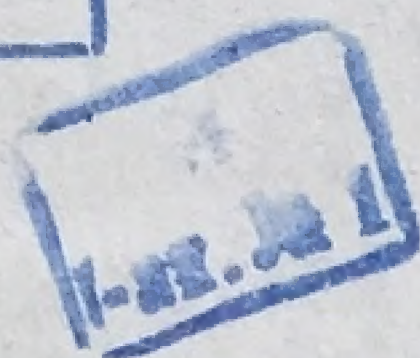
Процесс



Цена 3 руб. 50 коп.

2222  
19/9/61

С 1/1-61 г.  
Цена — р. — к.



---

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ СКЛАД ИЗДАНИЙ  
ХАРЬКОВ, УЛИЦА АРТЕМА, 31



Д-р Я. Лейбович — Сусудня ГИЖОЛОГЯ

//

//



